

Technická univerzita v Liberci

**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ**

**Katedra:** Pedagogiky a psychologie

**Studijní program:** Vychovatelství

**Studijní obor:** Pedagogika volného času

**VÝCHOVNĚ-VZDĚLÁVACÍ PROGRAMY O ZDRAVÉ  
VÝŽIVĚ PRO MLÁDEŽ**

**EDUCATIONAL-DEVELOPMENTAL PROGRAMS ABOUT  
THE HEALTHY NOURISHMENT FOR THE YOUNG PEOPLE**

**Bakalářská práce:** 10-FP-KPP- 003

**Autor:**

Julie BOMKO (JURJEVNA)

**Podpis:**

---

**Vedoucí práce:** PhDr. Jan Činčera, Ph.D.

**Konzultant:**

**Počet**

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
73		11	1	29	6

V Liberci dne:

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická  
Akademický rok: 2009/2010

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Julia Bomko**  
Osobní číslo: **P08000371**  
Studijní program: **B7505 Vychovatelství**  
Studijní obor: **Pedagogika volného času**  
Název tématu: **Výchovně vzdělávací programy o zdravé výživě pro mládež**  
Zadávající katedra: **Katedra pedagogiky a psychologie**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Zpracování přehledu občanských sdružení a dalších typů mimoškolních subjektů nabízejících preventivní a rehabilitační programy pro mládež zaměřené na poruchy příjmu potravy. Zpracování SWOT analýzy nabídky preventivních programů v této oblasti. Zpracování případové studie analyzující vybraný preventivní program pro mládež.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

Seznam odborné literatury:

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. Washington: American Psychiatric Association, 1987. FOŘT, P. Sport a správná výživa. Praha: Ikar, 2002. ISBN 80-249-0124-2. GJURIČOVÁ, Š. ; KUBIČKA, J. Rodinná terapie: Systemické a narativní přístupy. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2390-7. HENDL, J. Kvalitativní výzkum. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2. KIRČNER, J. a spol. Psychologie prožitku a dobrodružství pro pedagogiku a psychoterapii. Praha: Computer Press, 2009. ISBN 978-80-251-2562-5. KOCOURKOVÁ, J. Mentální anorexie a bulimie v dětství a dospívání. Praha: Grada, 2000. REDDEMAN, L. Léčivá síla imaginace: Na vnitřní zdroje zaměřená terapeutická práce s následky traumat. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367530-1. Readers Digest Výběr. Jídlo jako jed, jídlo jako lék: Abecední průvodce zdravou výživou. 1998. ISBN 80-902069-7-2.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jan Činčera, Ph.D.

Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání bakalářské práce:

7. dubna 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

14. května 2011



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.

děkan

L.S.



doc. PhDr. Tomáš Kasper, Ph.D.

vedoucí katedry

dne

## Čestné prohlášení

**Název práce:** Výchovně-vzdělávací programy o zdravé výživě pro mládež

**Jméno a příjmení autora:** Julie Bomko

**Osobní číslo:** P08000371

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 20. 04. 2012

---

## **Poděkování**

*Děkuji PhDr. Janu Činčerovi Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, za jeho přístup k studentům a předávání zkušeností po celou dobu mého studia.*

*Děkuji svým blízkým za trpělivost a podporu a také lidem, kterým není lhostejná problematika poruch příjmu potravy za jejich snahu a ochotu pomáhat.*

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá problematikou vzdělávacích programů o zdravé výživě. Je zaměřená na nabídku preventivních programů proti poruchám příjmu potravy. Cílem práce je zpracování přehledu nabídky preventivních a rehabilitačních programů a posouzení účinnosti preventivních programů vzhledem k současnému vývoji nemoci.

Teoretická část obsahuje vymezení základních pojmů týkajících se poruch příjmu potravy, a teoretická východiska pro realizaci preventivních programů. Praktickou část tvoří popis nabídky mimoškolních subjektů poskytujících prevenci a rehabilitaci poruch příjmu potravy, SWOT analýzu této nabídky a případovou studii preventivního programu občanského sdružení Anabell zpracovanou podle kvalitativní výzkumné metodologie.

## **Klíčová slova**

Poruchy příjmu potravy, prevence, rehabilitace, výchovně-vzdělávací programy, osvěta.

## **Annotation**

My Bachelor project deals with the problem of the education program relating to healthy nutrition. My work is aimed at indigestion prophylactic programs. The purpose of the work is making up the summary account of prophylactic and rehabilitation programs and the assessment of the prophylactic programs efficiency in accordance with the modern indigestion developments.

The theoretical part contains the key notions connected with eating disorders and the theoretical grounds for the prophylactic programs realization. The practical part includes the description of out-of-school subjects responsible for prophylactic and rehabilitation of eating disorders, summary of the analysis and the research of the prophylactic program of the civil association Anabel carried out according to the qualitative research methodology.

## **Keywords**

Eating disorders, prevention, rehabilitation, educational-developmental programs, enlightenment.

# Obsah

1 Úvod.....	10
2 Poruchy příjmu potravy.....	11
2.1 Epidemiologie a komorbidita.....	13
2.2 Etiologie.....	14
2.3 Mentální anorexie.....	16
2.4 Mentální bulimie.....	17
2.5 Mentální anorexie a bulimie u dětí.....	19
2.6 Projevy PPP.....	20
2.7 Následky PPP.....	20
2.7.1 Fyzické následky.....	20
2.7.2 Psychosociální následky.....	22
2.8 Léčba poruch příjmu potravy.....	23
2.9 Teoretická východiska pro realizaci preventivních programů.....	27
3 Cíle výzkumu.....	29
4 Popis organizací.....	32
4.1 Občanské sdružení Anabell.....	32
4.2 STOP PPP, o. s.....	34
4.3 Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy SAPPP.....	37
4.4 Nadační fond Albert.....	38
4.5 Venkovský prostor.....	42
5 Případová studie.....	44
5.1 Metodika výzkumu.....	44
5.2 Případová studie programu primární prevence proti poruchám příjmu potravy...47	
5.2.1 Popis programu.....	47
5.2.2 Průběh programu.....	50
5.2.3 Vyhodnocení programu .....	54
6 SWOT analýza nabídky organizací věnujících se problematice PPP.....	62
7 Závěr.....	65
8 Seznam použitých zdrojů.....	70

9 Internetové zdroje.....	71
10 Ústní sdělení.....	72
11 Seznam příloh.....	73

## Seznam ilustrací

Ilustrace 1.....	84
Ilustrace 2.....	85
Ilustrace 3.....	86
Ilustrace 4.....	86
Ilustrace 5.....	87
Ilustrace 6.....	88
Ilustrace 7.....	88
Ilustrace 8.....	89
Ilustrace 9.....	90
Ilustrace 10.....	90
Ilustrace 11.....	91



## Seznam použitých zkratek

BMI.....	Body mass index (index tělesné hmotnosti)
KBT.....	kognitivně-behaviorální terapie
KLD.....	Kurz lektorských dovedností
PPP.....	poruchy příjmu potravy
SAPPP.....	Svépomocná asociace poruch příjmu potravy
SŠ.....	střední škola
ŠVP.....	školní vzdělávací program
ZŠ.....	základní škola

## **1 Úvod**

*„Krása zachrání svět“* (Dostojevskij 2008, s. 110).

Před dvanácti lety jsem interpretovala tento výrok F. M. Dostojevského jinak, než dnes. Ve svém životě jsem se setkala s poruchou příjmu potravy (dále jen PPP). Po této zkušenosti se pro mě stalo zajímavou otázkou to, jak můžeme interpretovat dění kolem sebe a to, jakým způsobem ovlivňuje naše chování a jednání.

Už od pěti let se u dětí tvoří základní vzorce chování. Na jejich tvorbě se podílí mnoho faktorů.

Tlak ze strany společnosti, nebo médií, rodiny, spolužáků, pedagogů... To vše ovlivňuje hodnoty a postoje dětí a mládeže, které jsou vystavené nebezpečí vzniku nežádoucích patologických jevů.

Poruchy příjmu potravy jsou stále rozšířenější. Proto bych chtěla ve své práci upozornit na jejich současný vývoj, jenž se stále více diferencuje a zdůraznit význam etiologie nemoci, jejíž poznání je nezbytné pro tvorbu preventivních a rehabilitačních programů. Pokud budeme dobře znát rizikové faktory, které determinují ve vztahu s nemocí, bude snazší je eliminovat.

Dnes se můžeme setkat se spoustou preventivních a rehabilitačních programů. Jejich náplň se liší v souvislosti od typu organizace, která je poskytuje. Metodologie preventivních programů, profesionální obsazení a prostředky souvisejí s východiskem, která byla použita při jejich tvorbě a informovaností o PPP ze strany organizace. Postoj aktérů, zúčastněných v preventivním programu, také často určuje jeho efektivitu.

Pedagogičtí pracovníci mohou ovlivnit chování rizikové skupiny, nebo zajistit primární a sekundární prevenci pouze v případě, že budou dostatečně motivovaní. To samé platí i pro cílovou skupinu. Ta bude brát preventivní program buď jako úlevu od školních povinností, či jako další teorii, u které není třeba dávat pozor. Nebo naopak projeví o program zájem a ohodnotí jeho obsah jako potřebný pro své zdraví a zdraví svého okolí. Mnoho organizací se snažilo o adekvátní preventivní nebo rehabilitační program odpovídající potřebám respondentů. Pro spoustu z nich je to stálá výzva. Ve své bakalářské práci bych se chtěla věnovat tomu, jak si s ní poradí.

## 2 Poruchy příjmu potravy

Již v 5. století před naším letopočtem Hippokrates označil poruchy příjmu potravy termínem asithia. Od té doby se pohled na poruchy příjmu potravy měnil v souvislosti s historickým kontextem. Scholastický text Isidora Sevilského, převzatý z antiky, pojednává o krásnu jako o dvou odlišných kategoriích. „*Pulchrum je to, co je krásné samo o sobě, aptum pak to, co je krásné ve vztahu k něčemu jinému*“ (Sevilský sec. cit. in Eco 2007, s. 29). Koncem devatenáctého století se vyhublost ztotožňovala s tvořivostí. Tento „trend“ předcházela epidemie tuberkulózy. Zástupkyně feministického hnutí dvacátého století potlačovaly ženské tvary. Od sedmnáctého století, kdy byly zaznamenány první klinické obrazy, uplynulo mnoho let sledování nemocných pacientů. Za tu dobu se objevilo hodně popisu nemoci. Za nejdokonalejší popis se považuje práce anglického lékaře Richarda Mortna (1637–1698) (Papežová 2010, s. 20).

Během výzkumu vznikly také diagnostické spory o tom, zda tuto nemoc lze zařadit k duševním poruchám. Podle odborníků současný vývoj směřuje k poznávání etiologie poruchy a k dalšímu členění poruch příjmu potravy na jednotlivé subtypy. Odborníci také vysvětlují snahu rozlišit specifické typy PPP tím, že homogennější skupina je lepší pro aplikaci určitého druhu terapie. Bio-psycho-sociální podmíněnost vztahu k jídlu může být příčinou vzniku patologických jevů, které se v poslední době diferencují a vyžadují odlišný způsob terapie a prevence (Papežová 2010; Krch 2005).

Výčet a popis poruch příjmu potravy můžeme nalézt v druhé aktualizované verzi mezinárodní klasifikace nemoci pro Českou republiku (MKN – 10). Ke zde uvedeným poruchám příjmu potravy patří:

*„Mentální anorexie*

*Atypická mentální anorexie*

*Mentální bulimie*

*Atypická mentální bulimie*

*Přejídání spojené s psychologickými poruchami*

*Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami*

*Jiné poruchy příjmu potravy*

*Porucha příjmu potravy NS“ (10 revize MKN – 10 Mezinárodní statistická klasifikace*

nemocí a přidružených zdravotních problémů 2008).

Poruchy příjmu potravy diferencují. Relativně nedávno se objevily nové typy:

### **Ortorexie**

Posedlost zdravou výživou vykazující patologii. Nemocní mají strach z nezdravého jídla a přísně kontrolují jídelníček (EUFIC 2004).

### **Drunkorexie**

Snaha snížení příjmu potravy s cílem konzumace alkoholických nápojů. Nemocní redukuje počet kalorií obsažený ve stravě, aby následně mohli užít více alkoholických nápojů. U nemocných často dominuje nespokojenost s tělesnými proporcemi.

### **Bigarexie**

Patologická posedlost tělesným vzhledem. Poruchu bychom mohli najít pod pojmem Adonisův komplex. Nemocní usilují o dosažení často nereálné tělesné zdatnosti.

Vágnerová (2004, s. 463) řadí poruchy příjmu potravy k duševním a behaviorálním poruchám a charakterizuje je jako „*Psychické poruchy spojené se somatickými problémy*“. Jsou zde uvedené takto: „*Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a alimentačního chování*“.

PPP by se dalo charakterizovat jako souhrnné označení pro skupinu psychogenních onemocnění, mezi které patří mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatové přejídání. Onemocnění se projevuje narušeným vztahem k jídlu a nevhodnou manipulací s ním (omezování, přejídání, zvracení). Neuspokojení obživného pudu vede ke změně pohledu na svět a způsob prožívání. Ačkoli se v mnoha aspektech mentální anorexie od mentální bulimie liší, mají spoustu společného. V obou případech dominuje u jedinců až chorobný strach z tloušťky. Nemocní usilují o dosažení štíhlé postavy a nejsou spokojení s vlastním tělem.

## **2.1 Epidemiologie a komorbidita**

Rizikovou skupinu pro mentální anorexii tvoří jedinci ve věku třinácti až dvaceti let. Pro mentální bulimii je běžná věková kategorie šestnáct až pětadvacet let. Do rizikové

skupiny patří většinou dívky a ženy. Poslední dobou ale vzrůstá i počet chlapců a mladých mužů se stejným onemocněním. Na deset až dvacet nemocných dívek připadá jeden chlapec. Dietní „trendy“ se objevují už v osmých a devátých třídách základních škol. Narušené stravovací chování se v rizikových skupinách objevuje u šesti až sedmi procent jedinců, přičemž zhruba jedno až tři procenta mladých žen a dívek má vážné problémy s jídlem. Padesát procent třinácti až čtrnáctiletých dívek udává, že by chtěly zhubnout.

V České republice mentální bulimií trpí čtyři až pět procent děvčat (cca každá dvacátá). Mentální anorexii má v Čechách jedno procento dívek (cca každá stá dívka). Mortalita při mentální anorexii činí dvě až osm procent. U mentální bulimie je to nula až dvě procenta (Ševčíková a Polanská 2007).

Zajímavá jsou fakta uvedená B. Pavlovou, která popisuje zvýšenou prevalence nemocných jako možný důsledek westernizace a akulturace. Ve studii z roku 2009 bylo prokázáno, že zvyšování hospitalizací pro PPP od roku 1994 může být spojeno se sociálními a politickými změnami v Čechách (Pavlová in Vágnerová 2010, s. 463).

*„Četnost registrovaných případů záleží na tom, jak důkladně je odborná veřejnost seznámena s danou problematikou a jaká diagnostická kritéria užívá“* (Krch 2005, s. 36). V některých případech se může vyskytnout velké množství nehospitalizovaných nemocných, což komplikuje přesnější stanovení počtu nemocných osob. Na druhou stranu odborníci také předpokládají, že množství registrovaných případů roste s popularitou nemoci. Vliv na tuto problematiku může mít i laická veřejnost. V tomto kontextu hraje důležitou roli osvětová činnost a vzdělávání odborníků v dané oblasti.

## 2.2 Etiologie

O vzniku poruch příjmu potravy existuje mnoho tezí. Poslední dobou se mezi odborníky ustálil konsenzus, o bio-psycho-sociální podmíněnosti.

Jinými slovy jde o koexistenci biologických, psychologických, rodinných a socio-kulturních faktorů. Vzhledem k diferencovanosti a dynamice vývoje PPP je téměř nemožné, aby odpověď na otázku – proč jedinec onemocněl, byla jednoznačná. Důležitým aspektem pro vznik nemoci je rizikový faktor, který ovšem podle B. Pavlové nesmíme splést s korelátem. „*Pokud máme dostatek důkazů, že sledována okolnost se vyskytla dříve než onemocnění, jedná se o rizikový faktor*“ (Pavlová in Vágnerová 2010, s. 36).

Rizikové faktory hrají podstatnou roli při tvorbě prevenčních programů. Poznatky o těchto faktorech umožňují jejich eliminaci, proto současný výzkum směřuje k odhalení negativních vlivů, které mohou zapříčinit onemocnění PPP.

### Biologické faktory

„*Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší*“ (Krch 2005, s. 61).

Tělesná konstituce jedince, váha a pohlaví mohou být jedním z rizikových faktorů. V pubertě mnoho dívek hodnotí příbytek váhy jako negativní. Mentální anorexií často onemocní ženy trpící nadváhou v důsledcích redukčních diet. Menstruační cyklus také hraje roli ve vzniku PPP. Například impulzivnější bulimičky mohou při premenstruačním syndromu konzumovat větší množství potravy než obvykle. Poslední dobou vzrůstá počet homosexuálně nebo bisexuálně zaměřených mužů, kteří mohou držet diety, aby se jejich vzhled více podobal ženskému.

### Psychické faktory

Sem bychom mohli zařadit psychodynamickou stránku jedince - osobnosti, způsob jeho chování a projevu. Temperament a charakter, depresivní a úzkostné stavy. Snížená schopnost snášet psychickou zátěž, sebezpojetí, malá sebedůvěra, pocit méněcennosti, nebo přecitlivělost se též mohou podílet na vzniku patologií. Ve vztahu se vznikem mentální anorexie se zmiňuje Strober o „*menší míře asertivity s obavami přizpůsobit*

se“ (Stober, sec. cit. in Krch 2005, s. 72). Nemocní dodržují společenské normy, mohou být zaměřeni na dosažení úspěchu, ale mají „*Vyhýbající se temperament*“ (Krch 2005, s. 72).

### **Socio-kulturní faktory**

K socio-kulturním faktorům se dá zařadit význam jídla v socio-kulturním aspektu, tlak společnosti (kult mládí a krásy), idealizace tvaru postavy a vliv médií, „*Heroinová nebo dětská postava*“ (Ševčíková a Polanská 2005), ztotožnění jedince s jeho psychosexuální roli a genderovými stereotypy.

### **Rodinné vztahy**

Jsou též významné pro vznik některé z poruch. Mohou být nějakým způsobem narušené. Porucha se může vyskytnout v nejbližším okolí jedince. Rodinná struktura a dynamika mohou značně ovlivnit dítě, kterému předávají své normy ať už zjevně, když čekají na otce u večeře, nebo skrytě – například při vyprávění příběhů oceňují určité formy chování. Rodiče se mohou sami stravovat dosti chaoticky, držet diety, nebo se naopak přejídat. Nesmí se opomenout také vnitřní struktura rodiny a vztahy – dítě závislé na rodičích, nebo prožívající neúspěch v životních situacích. Dokonce se může jednat o pohlavní zneužívání, či domácí násilí.

Někteří autoři popisují PPP jako mechanismus, pomocí kterého je člověk schopen utéct od reality. Rodina a okolí neukázali jedinci jiné možnosti vyřešení problému, než změnu svého psychického stavu. Tetno způsob úniku se zafixuje, je stále opakován jedincem a přináší mnoho výhod. Například někteří jedinci docílí hladověním pozornosti ze strany rodičů (Mr. Rex 2010).

## 2.3 Mentální anorexie

*„Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechťejí jíst“*  
(Krch 2010, s. 25).

Mentální anorexie, neboli latinsky – anorexie nervosa<sup>1</sup> je charakteristická úmyslným snižováním váhy a nespokojeností s vlastní postavou. Nemocní usilují o snížení energetického příjmu, záměrně snižují tělesnou hmotnost a odmítají potravu (Krch 2010, s. 25). Jedinci s PPP také nadměrně cvičí, nebo používají projímadla, či léky na hubnutí.

V současnosti je počet lidí trpících touto nemocí menší, než počet lidí trpících mentální bulimií, nebo záchvatovým přejídáním. Přes devadesát procent nemocných osob jsou ženy. Mentální anorexie se nejčastěji týká mladých děvčat, může se ovšem objevovat i u starších dívek, nebo chlapců. Krch a Málková upozorňují na to, že mentální anorexie je známější a je jí věnovaná větší pozornost. Oproti tomu je mentální bulimie mnohem rozšířenější (Málková a Krch 2001, s. 71).

### ***„Diagnostická kritéria podle DSM - IV***

- A. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti pod 15% odpovídající normy), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).*
- B. Intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.*
- C. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.*
- D. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea).*

---

<sup>1</sup> Z řečtiny an – zbavení, nedostatek; orexis – chuť.



### **Specifické typy**

1. **Nebulimický (restriktivní) typ:** *Během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.*
2. **Bulimický (purgativní) typ:** *Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání“ (Krch 2005, s. 16).*

Jedinci trpící mentální anorexií nejprve potlačují chuť k jídlu, ta ale postupem času může doopravdy slábnout. Novější studie prokázaly na tento jev vliv serotoninu. Mentální anorexie může být spojena se zvýšenou koncentrací serotoninu, v důsledku dochází k omezení příjmu jídla a poklesu tělesné hmotnosti (Papežová 2010, s. 57).

Po dlouhodobém hladovění není vyloučen záchvat vlčího hladu, po kterém se může dostavit nevolnost spojená se špatnou funkcí trávicího ústrojí. V tomto případě nemocný buď pokračuje v hladovění, ale není vyloučené, že mentální anorexie (přeroste) v bulimii. Důvodem onemocnění mentální anorexií se může stát i upozornění lékařů na úpravy jídelníčku ve vztahu s nějakým onemocněním. Někdy jsou hranice diety a patologie nejasné. Bývá složité poznat přítomnost onemocnění už jenom proto, že ho většina nemocných popírá.

## **2.4 Mentální bulimie**

„*Vlčí hlad*“, jak tuto nemoc poprvé pojmenoval Galen, spočívá v opakujících se nekontrolovatelných epizodách přejídání se a následného vyvolání zvracení, střídaných kontrolou tělesné hmotnosti a konzumovaného jídla. Jedinci s mentální bulimií mohou používat anorektika, diuretika, projímadla a prostředky na hubnutí.

Slovo bulimie pochází z latiny.<sup>2</sup> Kolem roku 1979 londýnský psychiatr Gerald Russel přišel na to, že třetina nemocných anorektiček trpí obměnou mentální anorexie. Ovšem stejně se chovaly i dívky, které netrpěly anorexií (Papežová 2010, s. 23). Čili šlo o jinou poruchu příjmu potravy, pojmenovanou bulimie (žravost) nebo bulimie nervosa. V roce 1987 byly anorexie a bulimie vyhlášeny za prioritní problém. Teprve tehdy se bulimie stala diagnózou (Krch 2005, s. 33).

---

<sup>2</sup> būlīmīa, z řeckého βουλīmία (boulīmīa) - Jako složenina z βους (bous), býk + λιμός (līmos), hlad.

Mentální bulimie se vyskytuje cca třikrát častěji, než mentální anorexie. Nemocný jedinec (na rozdíl od jedince trpícího anorexií) se snaží zachovat svou přijatelnou tělesnou hmotnost. Proto rozeznat bulimii je těžší. Postižení často tají svůj problém. Stává se, že trpí tzv. „jo-jo“ efektem, kdy při nekontrolované konzumaci potravy přibírají a následně snižují váhu. Po striktním dodržování diet a vynechávání „zakázaných potravin“ (Ševčíková a Polanská 2007) jedinci mívají nekontrolovatelné záchvaty hladu, po kterých následuje kompenzační chování v podobě vyvolaného zvracení, používání anorektik, diuretik, projímadel, prostředků na hubnutí nebo nadměrného cvičení. Při záchvatu v krátkém časovém limitu je konzumováno velké množství jídla. Nemocní konzumují zakázané a vynechávané potraviny. Jídlo obvykle má vysokou kalorickou hodnotu. Po záchvatu mívají výčitky svědomí ze ztráty sebekontroly, trpí pocity selhání a studu. Následuje opakované hladovění, kontrola, záchvaty přejídání. Jedinci trpící diabetem mohou vynechávat inzulín.

#### ***„Diagnostická kritéria podle DSM - IV***

- A. Opakující se epizody záchvatového přejídání. Epizodu záchvatového přejídání (binge eating) charakterizuje:*
  - 1. Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.*
  - 2. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).*
- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, využívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.*
- C. Minimálně dvě epizody záchvatového přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.*
- D. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.*
- E. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.*

### **Specifické typy**

1. **Purgativní typ:** *Pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšené hmotnosti.*
2. **Nepurgativní typ:** *Používá diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody“ (Krch 2005, s. 16).*

## **2.5 Mentální anorexie a bulimie u dětí**

Obvykle se výše uvedené poruchy objevují u jedinců starších čtrnácti let. V současné době bychom se s nimi mohli setkat také u mladších jedinců. V takovém případě je nutné neprodleně vyhledat pomoc lékaře. Děti mají menší tukové rezervy než dospělí, proto zdravotní obtíže (například dehydratace) mohou nastat rychleji, než u dospělejších nemocných.

Dětem hrozí zastavení tělesného vývoje a růstu. Vzhledem k tomu, že nemocné dítě by mělo začít navazovat sociální kontakty a posilovat své pracovní a jiné kompetence, nástup nemoci v raném věku je nebezpečný pro jeho socializaci. Narušený vztah k jídlu může být spojen s nevhodnými stravovacími návyky, nebo s jiným zdravotním problémem (depresí, úzkostí).

Děti se nepřejídají tak často jako dospělí, proto se u nich častěji vyskytuje mentální anorexie. Mentální bulimie v mladším věku je vzácná a častěji se objevuje u chlapců. Při léčbě dětských poruch příjmu potravy záleží na spolupráci rodiny, školy, vrstevníků a samozřejmě na samotném nemocném.

Hospitalizace u dětí do čtrnácti let je doporučena, pokud nemocný trpí dehydratací, váhový úbytek dosahuje pětadvacet procent, nemocný zvrací krev, trpí těžkou depresí nebo vykazuje sebevražedné chování.

## **2.6 Projevy PPP**

Nemocní mění své stravovací návyky. Přestávají jíst jídla, která považují za nezdravá. Vyhýbají se tučným, nebo sladkým jídlům. Postupně omezují bílé pečivo, nebo pečivo vůbec, maso. Často konzumují light výrobky. Mění se jejich chuť k jídlu. Pijí buď mnoho, nebo málo tekutin. Začnou nadměrně cvičit. Mění svůj jídelní režim. Vynechávají jídla (nejčastěji snídani, nebo večeři). Neberou si nic navíc. Vyhýbají se společnému stolování. Odnáší si jídlo do pokoje s tím, že ho snědí později. Vymlouvají se na to, že už někde jedli. Mohou se též objevit obsesivní-kompulzivní symptomy, které se vyjadřují v protichůdném postoji k jídlu – sbírání receptů, zvýšený zájem o přípravu jídla, vytváření zásob, vaření pro jiné.

## **2.7 Následky PPP**

### **2.7.1 Fyzické následky**

#### **Metabolické komplikace**

Mezi metabolické komplikace patří narušená funkce hypofýzy a snížené vstřebávání kalcia v důsledku čehož dochází k pomalému růstu kostí. Nemocní mentální anorexií trpí insomnií<sup>3</sup>. Nedostatek minerálních látek (hořčíku, draslíku a sodíku) může vést k rozvratu metabolického systému nebo dokonce ohrožovat život, to se opět týká jak nemocných s mentální anorexií, tak nemocných trpících mentální bulimií. Pro PPP je běžná dehydratace, která hrozí ledvinovým záchvatem.

#### **Dermatologické komplikace**

Na těle nemocných se může vyskytovat lanugo.<sup>4</sup> Nemocní mají problém s vypadáváním vlasů a lámavostí nehtů. Kůže nemocných má snížené množství kolagenu. Rány se hojí špatně, na těle se mohou objevovat modřiny. Nedostatek bílkovin vede k tvorbě otoků.

---

<sup>3</sup> Insomnie je porucha spánku projevující se problémy s častým probouzením se ze spánku, nebo obtížným usynáním.

<sup>4</sup> Lanugo je jemné ochlupení po celém těle s výjimkou rtů, dlaní, chodidel...

### **Kardiovaskulární komplikace**

Kardiovaskulární systém přestává normálně fungovat, nemocní mívají snížený krevní tlak a zpomalený tep. V důsledku selhávání srdeční činnosti hrozí záchvat a smrt. Výkonnost srdečního svalu může být zhoršená, narušení elektrolytové rovnováhy vede k srdeční arytmii. Rychlá realimentace nemocných může vést k srdeční zástavě.

### **Gastrointestinální komplikace**

V důsledku opakujícího se vyvolávaného zvracení se vyskytuje poranění sliznice. Je charakteristické krvácení dásní a pach z úst. Krčky zubů jsou u postižených odhalené a je zvýšená kazivost zubů. Časté jsou záněty a otoky slinných žláz.

U nemocných PPP se vyskytují problémy s orgány trávicího traktu, které přestávají normálně pracovat. Nemocní mentální anorexií trpí pocity plnosti a nadýmání, střevní sliznice je ochablá. Tlusté střevo nemá co vylučovat, objevují se zácpy, nebo průjmy.

### **Kosterní komplikace**

U nemocných dochází k úbytku kostních tkání. Jedinci s mentální anorexií mívají osteoporózu. V důsledku mentální anorexie může docházet ke snížení minerální denzity kostí (Krch 2005, s. 97). Jsou časté patologické zlomeniny. Nejvýznamnějším prediktorem snížení minerální denzity kostí je délka trvání amenorey. F. D. Krch vysvětluje tento jev nedostatkem estrogenu, v důsledku kterého dochází k přestavbě kostní tkáně (2005, s. 97).

### **Hematologické komplikace**

U nemocných dochází ke změně krevního obrazu a kostní dřeně. Klinická závažnost tohoto jevu roste se stupněm úbytku tělesné hmotnosti (Krch 2005, s. 99).

### **Neurologické komplikace.**

Pro nemocné je typická svalová slabost. Vyskytuje se stav akutní zmatenosti. Méně časté jsou bolesti hlavy, křeče a porucha hybnosti.

### **2.7.2 Psychosociální následky**

U jedinců trpících mentální anorexií nebo mentální bulimií převládají pocity nejistoty, úzkosti a smutku. Mívají depresivní, pokleslou náladu. Jsou nadměrně vztahovační a sebekritičtí, v některých případech se může vyskytovat dokonce sebepoškozování. Nemocným se zhoršuje paměť a schopnost koncentrace. Převládají myšlenky na jídlo, za které se postižení často obviňují. Sebehodnocení nemocných je často úzce spojené s tělesnou váhou. Často se vyskytují konflikty v rodině, nebo s přáteli. Nemocní jsou vznětliví, paličatí, náladoví. Těžce nesou kritiku, často nejsou schopni nevyhovět. Postupem času se jejich chování může stát rigidním, postrádají spontaneitu. Ženy s mentální anorexií se často vyhýbají hlubším partnerským vztahům, jsou rezervovanější než ženy s mentální bulimií, které se svým sexuálním chováním příliš neliší od skupin žen bez PPP (Papežová 2010, s. 214). Pokud jde o mentální anorexii, odborníci připisují ztrátu zájmu o sex celkovému snížení endokrinní aktivity a úbytku pohlavních hormonů.

Nemocní PPP mají stále menší potřebu sociálních kontaktů. Negativní pocity nakonec mohou způsobovat sociální izolaci, která je v některých případech krajně nebezpečná a může zapříčinit vývoj jiných psychických poruch. V extrémních případech PPP může skončit i sebevraždou.

Úmrtnost u mentální anorexie je v průměru třikrát vyšší, než u ostatních duševních poruch (Krch 2005, s. 23). V podstatě samotné onemocnění se občas dá počítat za rozhodnutí jedince skoncovat se životem. Takové rozhodnutí může proběhnout na nevědomé úrovni, nebo v případě, že není schopen pro ráznou sebevraždu (Koutek a Kocourková 2007).

## **2.8 Léčba poruch příjmu potravy**

Při zahájení léčby poruch příjmu potravy je důležité brát zřetel na celkový stav nemocného. Je zapotřebí zvážit, zda je pacient schopen práce s psychoterapeutem. Pokud mentální anorexie pacienta je zrovna v akutní fázi,<sup>5</sup> psychoterapeutická práce s ním může být neúčinná, neboť v důsledku hladovění kognitivní funkce slábnou a značně omezují spolupráci s psychoterapeutem.

Výběr vhodného psychoterapeutického programu má zásadní vliv na celou léčbu. Postup léčby se tedy mění podle diagnózy, zvláštnosti somatického a psychického stavu, bezpečnosti léčby i spolupráce rodiny. U těžších případů je vyžadována spolupráce řady odborníků – gynekologů, psychologů, psychiatrů... Důležitou úlohu v léčbě adolescentů hrají lékaři primární péče. V nejlepším případě disponují znalostmi o PPP a mohou včasné identifikovat druh poruchy a předat pacienta do odborné péče.

F. D. Krch poukazuje na to, že v terapii PPP se značně rozrostla nabídka psychoterapeutických přístupů. Zároveň došlo k upravení hlavních psychoterapeutických přístupů (2005). V procesu léčby se můžeme setkat například s kognitivně-behaviorální, potenciodynamickou, interpersonální a kognitivně-analytickou terapií.

Rodinná psychoterapie pracuje se systémem rodinných vztahů a vzájemného ovlivňování. Je vhodná pro mladší pacienty. Skupinová psychoterapie pracuje se skupinou nemocných, nebo jejich blízkých osob. Svépomocné skupiny jsou účinné u pacientů s mírnými příznaky nemoci.

Jak již bylo zmíněno výše, v některých případech je nezbytná hospitalizace nebo částečná hospitalizace pacienta. Ambulantní lékařská péče se na rozdíl od psychoterapie zaměřuje na stav psychické a somatické stability, do které má být pacient navrácen. Je poskytována jak ve skupině, tak individuálně.

---

<sup>5</sup> V akutním stádiu dochází k ohrožení na životě. Psychický a zdravotní stav nemocného vyžaduje hospitalizaci.

Farmakoterapie není doporučována jako jediná terapie, ovšem v některých případech je nevyhnutelná. K dalším druhům pomoci bychom mohli přiřadit sociální poradenství a krizové telefonní linky a intervence.

## **Terapeutické metody používané při práci s klientem – Kognitivně-behaviorální terapie**

Kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) je poměrně nový terapeutický směr, který se začal rozvíjet v sedmdesátých letech dvacátého století. KBT je integrací dvou předcházejících psychoterapeutických přístupů – kognitivního a behaviorálního. Pomocí kognitivně-behaviorální psychoterapie lze překonávat současné problémy a potíže prostřednictvím nácviku žádoucího chování a myšlení (Kratochvíl 2002, s. 75). KBT se často využívá při léčbě PPP. KBT techniky používají Občanské sdružení Anabell a Svépomocná organizace psychogenních poruch příjmu potravy SAPPP (dále jen SAPPP) (viz str. 32, 37).

Dole uvádím některé metody používané při rehabilitaci nemocných s PPP, o kterých jsem se dozvěděla od Mgr. Jarmily Švédové<sup>6</sup> při realizaci projektu Podpora profesionální prevence (podrobněji viz příloha A).

Při práci s klientem dochází k identifikaci problému, který je popsán a následně eliminován pomocí kognitivně-behaviorálních technik. Na prvních sezeních se stanoví minimální hmotnost, které se má dosáhnout a postupně je vytvářen plán přibírání na váze např. jeden až dva kilogramy měsíčně. KBT probíhá během dvaceti, výjimečně třiceti sezení.

Při spolupráci F. D. Krcha se společností Anabell byly vypracované speciální behaviorální úkoly, které klient plní během terapie. Následně se u klienta vytváří nové vzorce myšlení a chování, které aplikuje do reálného života, čímž nakonec docílí úplné soběstačnosti při řešení problematických situací spojených se stravováním.

---

<sup>6</sup> Mgr. Jarmila Švédová se zabývá psychodiagnostikou a pracovním poradenstvím, je také členkou rady sdružení Anabell.



Níže jsou uvedena jednotlivá stadia léčby. Každé stádium vyjadřuje úroveň motivovanosti klienta a jeho ochotu spolupracovat. V průběhu terapie jsou doplňovány speciální úkoly.

### **Motivace klienta**

1. stádium Popření – nemocný neví, že má problém, nechce nic měnit
2. stádium Úvahy – nemocný začíná přemýšlet o tom, že má problém a věnuje pozornost obtížím spojeným s jídelním chováním, připouští, že je zapotřebí něco změnit, ale zůstává nerozhodný
3. stádium Příprava – nemocný chce změnu a přeje si i pomoc, ale není si jistý, co se stane, když se jeho jídelní chování změní
4. stádium Akce – rozhodnutí pro změnu, nemocný začíná se změnou chování, začíná věřit, že bude schopen vydržet
5. stádium Udržení – pokračuje v práci na uzdravení, vyhýbá se relapsu (Švédová 2010)

Níže uvádím konkrétní kognitivně-behaviorální úkol používaný při psychoterapii.

### **Jídelní záznamy**

#### **Souhrnné cíle**

1. Přepis kognitivních vzorců na žádoucí pomoci zaznamenání individuálních obav a jejich následné korekce.
2. Odstranění negativních pocitů a myšlenek spojených s jídlem.
3. Uvědomění fyziologických a psychických faktorů ovlivňujících nežádoucí jídelní chování.

#### **Měřitelný cíl**

1. Negativní myšlenky a obavy pacienta se s každou návštěvou zmenšují.

Pacient ve vyplněné tabulce prokazuje, že se dokáže správně a beze strachu stravovat a dodržovat vhodný jídelní režim.

## Popis

Tento úkol se obvykle používá ve třetím motivačním stádiu. Pacient zapisuje do tabulek všechno, co sní během dne. V tabulce se snaží vyplnit všechny kolonky – čas, situace, pocit hladu, druh jídla, nasycení, myšlenky a pocity. Při návštěvě terapeuta pacient předloží vyplněnou tabulku. Následuje jejich rozbor terapeutem, společná debata, vyhodnocení a dohoda na dalším postupu.

Tabulka 1: Jídelní záznamy (Švédová 2010; upravené)

<b>07:00:00</b>	Sama doma	0,00%	1 PL musli, 1 PL tvaroh 1 ČL Corn flakes	150,00%	Špatně jsem spala, nemám hlad. Jím přesto, že mám velké břicho!
<b>08:30:00</b>	Doma	0,00%	5 gumových medvídků	150,00%	Zase jsem ztratila kontrolu
<b>12:30:00</b>	Doma s mamkou oběd	0,00%	2 brambory, 3 ks brokolice, kousek dušeného filé, 1 PL rajčatového salátu	100,00%	Doufám, že se zase nepohádáme. Snědla jsem toho moc, doufám, že teď nebudu strašně tlustá!!!
<b>15:00:00</b>	Doma unavená	10,00%	100 g nízkotučného jogurtu, jablko, 2 celozrnné keksy	100,00%	Bylo to tak správně? Tolik tuku! Pořád jenom jím!
<b>18:00:00</b>	Doma	10,00%	60 g chleba, 20 g sýru, 2 plátky okurky, rajče	100,00%	Po šesté hodině už vlastně vůbec nechci jíst. Celý den jsem jenom jedla, kam to všechno povede? Mam špatné svědomí.

## **2.9 Teoretická východiska pro realizaci preventivních programů**

Jak již bylo uvedeno výše, PPP mají dynamický rozvoj a stále častěji postihují adolescenty. Vzhledem k tomu, že se nemoc rozrůžnila do jednotlivých subtypů, je potřeba tomu přizpůsobit prevenci a rehabilitaci (viz str. 11). Proto pro tvorbu jakéhokoli programu je nezbytná znalost etiologie nemoci a rizikových faktorů.

V první kapitole jsem se zmínila o výskytu ortorexie. Rodina propagující zdravé stravování může mít obrovský vliv na vznik nežadoucího jídelního chování dětí. Mladí rodiče často nedávají velký význam vyvážené stravě, nebo naopak propagují zdravou stravu. Přehnaná snaha rodičů v druhém případě vede ke strachu dětí stravovat se s ostatními vrstevníky. Tato okolnost může zkomplikovat například pobytovou akci většinou trvající déle než týden (Švédová 2011).

Poslední dobou se stále častěji můžeme setkat s „tolerantními“ rodiči, kteří neuvažují o léčbě dětí, u nichž je zřejmá přítomnost patologického chování. Rodina může být nedostačující k předávání pozitivních hodnot a postojů. PPP u dětí z takových rodin je podmíněná buď geneticky, nebo způsobem výchovy.

Když shrnu výše uvedené, preventivní program proti poruchám příjmu potravy by měl být adekvátní vzhledem k rizikové skupině a rizikovému prostředí, dlouhodobý a systematický, mít logickou posloupnost a návaznost. Mimo jiné by se měl zmiňovat o problematice sebepoškozování.

Ačkoli informace o správném životním stylu jsou důležité, obzvlášť pro mladší věkové kategorie, jako samotné zdaleka nestačí. V programu musí jít o pozitivní hodnoty a postoje. Podstatná je práce se sebevědomím. Respondenti by měli být vedení k samostatnému rozhodování a naučit se nést odpovědnost za svá rozhodnutí. Také by se měli naučit respektovat lidi kolem sebe, jejich názory, ale zároveň umět si vytvořit vlastní názor a dokázat ho obhájit (Papežová 2010, s. 20).

Prostředky používané v programech by měly být přizpůsobené cílové skupině. Pro mládež je podstatné využití médií a internetu, jejichž prostřednictvím se může poskytovat jak primární, tak i sekundární prevence.

Jako východisko je také možné využití videoklipů, nebo snímků působících na emoce respondentů. Obsah některých mediálních sdělení je velmi emocionální, ale podle některých odborníků mohou videoklipy a snímky působit na respondenty velmi krátkodobě. Jako příklad bych mohla uvést Isabel Karo (viz str. 58).

Dalším důležitým bodem je evaluace programů. Pomáhá ohodnotit jeho efektivitu a míru splnění jednotlivých cílů. Hodnotit však lze jen dobře stanovené cíle, které jsou jasně vymezené a ověřitelné pomocí kvalitativních a kvantitativních metod (Činčera 2007, s. 94).

Práce s rodinou je též klíčem k úspěšnému preventivnímu programu, ve většině případů ale bývá dost problematická. Podle Mgr. Jarmily Švédové (2011) rodina podmiňuje vztah dětí k jídlu. Posledním trendem je zdravá výživa, ale snaha o ni může být rizikovým faktorem onemocnění PPP. Mnoho dětí na letních táborech odmítá jíst v jídelnách, protože si myslí, že by rodiče neschválili například knedlíky. Podle nového výzkumu musí jít především o vyváženou stravu, neboť zdravá strava se často stává příčinou patologických jevů, například ortorexie.

U rehabilitačních programů není spolupráce s rodinou tolik komplikovaná jako u preventivních programů. Rodina pacientů je víc motivovaná pro zapojení. Dnes se můžeme setkat se svépomocnými skupinami, které tvoří blízké osoby nemocných, s rodinnou terapií a rodinnými pobytovými akcemi. Co se týká preventivních programů, může rodina značně podceňovat jejich význam už jenom proto, že je málo obeznámena s danou problematikou (viz str. 13).

Edukace pedagogických pracovníků je dalším důležitým bodem. Učitel může posloužit svým žákům jako dobrý, nebo špatný příklad. Mnoho pedagogických pracovníků nevidí obzvlášť velkou potřebu prevence. Další komplikací je jejich malá informovanost o dané problematice. Podle slov Filipa Budáka (2011) jsou nejčastějším důvodem, proč učitelé objednávají preventivní program, svačiny vyhozené v koši, nebo podstatný váhový úbytek některého z žáků. Podstatná je dostačující motivace pedagogických pracovníků, pro které se dnes pořádají edukační projekty.

## Praktická část

### 3 Cíle výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo popsat činnost vybraných organizací, poskytujících preventivní a rehabilitační programy a analyzovat vybraný preventivní program pomocí kvalitativní výzkumné metodologie.

V současné době na území České republiky existuje několik organizací poskytujících prevenci, nebo rehabilitaci PPP. Níže uvedené mimoškolní subjekty jsem si vybrala pro jejich nejkomplexnější nabídku, která se u každé organizace liší v souvislosti s jejím posláním a zaměřením. V praktické části jsem se snažila poukázat na jista specifika organizací a popsat, jakým způsobem přistupují k problematice PPP.

Jednotlivá data byla sbírána během roku 2010–2011 prostřednictvím rozhovoru s organizátory, daty, které mě poskytli a prostř. informací zveřejněných na internetu.

Pro lepší vhled do problematiky jsem se zúčastnila následujících programů v plném rozsahu:

#### **Podpora profesionální prevence**

Tohoto programu o tvorbě metodiky prevence určeného pro pedagogické pracovníky, metodiky prevence a studentů z pedagogických fakult jsem se zúčastnila v průběhu roku 2010–2011 (podrobný popis programu viz příloha A). Po jeho ukončení jsem obdržela certifikát, který opravňuje k preventivní činnosti a tvorbě vlastního preventivního programu.

#### **Interaktivní seminář pro druhý stupeň základních škol**

Při psaní své bakalářské práce jsem navazovala kontakty s organizacemi poskytujícími preventivní a rehabilitační programy. Při komunikaci s personálem Občanského sdružení Anabell a nadačního fondu Albert jsem neměla žádné problémy. Organizace ochotně poskytují informace všem zájemcům. V rámci výzkumu jsem mluvila s koordinátorem kontaktního centra Anabell v Praze Filipem Budákem, který též umožnil mou účast na preventivním programu pro druhý stupeň základní školy. Rozhovor proběh po domluvě 29. 09. 2011. přímo v kanceláři Filipa Budáka. Metodické

listy a pomůcky mi byly poskytnuté v rámci programu Podpora profesionální prevence. Jednotlivá data mi také poskytli Mgr. Jarmila Švédová, Monika Růžičková<sup>7</sup> a Mgr. Lucie Mucalová<sup>8</sup> – na mé otázky zodpověděli v průběhu projektu Podpora profesionální prevence 11. 02. 2011.

Při shánění informací o nadačním fondu Albert a projektu Zrcadlo výživy, které sponzoroval, jsem osobně mluvila s programovou manažerkou fondu Petrou Režnou, která mi zařídila schůzku přímo u ní v kanceláři. Schůzka proběhla 05. 10. 2011.

Poněkud obtížná byla komunikace s neziskovou organizací Stoppp o. s. – odmítla poskytnout jakákoli konkrétnější data. Některé informace mi byly poskytnuté prostřednictvím elektronické pošty. Po domluvě s Bc. Simonou Vrbovou Váchovou mi bylo sdělené, že většina informací je k nalezení na webových stránkách neziskové organizace Stopppp: <http://jakomodelka.cz/>

Informace o svépomocné asociaci psychogenních poruch příjmu potravy jsou v dispozici na následujících webových stránkách: <http://www.asociaceppp.eu/>

U preventivních programů jsem se zaměřila na východiska, která byla použita při jejich tvorbě, přípravě a realizaci. Také mě zajímala spolupráce s pedagogickými pracovníky a rodinou. Též jsem zjišťovala, jaké mínusy v programech vidí sami organizátoři a jakou strategii si volí do budoucna pro jejich odstranění.

V práci předkládám podrobný popis a vlastní hodnocení vybraného preventivního programu a SWOT analýzu nabídky organizací věnujících se problematice PPP.

Při popisu občanských sdružení a jiných mimoškolních organizací jsem se věnovala následujícím kritériím:

- Charakteristika organizací

Zde jsem se snažila popsat hlavní charakteristiky zahrnující poslání organizací, vývoj, právní subjektivitu a organizační strukturu.

<sup>7</sup> Monika Růžičková je poradkyní osobnostního růstu občanského sdružení Anabell v Brně.

<sup>8</sup> Mgr. Lucie Mucalová je vedoucí klubu Anabell v Brně.

- Kompletní nabídka preventivních a rehabilitačních služeb

Zajímaly mě věkové skupiny respondentů, jednotlivé projekty poskytované organizacemi, ceny služeb a jejich časová dotace.

U prevence jsem se zaměřila na východiska pro tvorbu preventivních programů. Na potřeby, ze kterých vycházela organizace při jejich tvorbě, na cíle a výstupy. Zajímali mě lektoři a jejich odbornost, metodologie programů, prostředky použité při realizaci programů.

Dále jsem získávala informace o léčbě PPP a rehabilitačních službách. V tomto případě jsem se snažila zjistit, jaký druh terapie je využíván při léčbě PPP. Jak probíhá práce s pacienty, zda organizace poskytuje jejich hospitalizaci, spolupracuje s odborníky v oblasti výživy, psychoterapie a terapie a zda poskytuje kontakty na tyto odborníky. Dále jsem také zjišťovala, jestli organizace poskytuje prevenci relapsu a má v nabídce doléčovací programy.

- Vzdělávání a osvěta

V této části mě zajímalo, zda organizace poskytují vzdělávání odborníků, pedagogických pracovníků, metodiků profesionální prevence. Jakým způsobem toto vzdělávání probíhá a jaké cíle a výstupy mají vzdělávací programy. Také mě zajímalo, jak organizace šíří osvětu, a jestli do cílové skupiny spadá odborná a laická veřejnost.

## **4 Popis organizaci**

### **4.1 Občanské sdružení Anabell**

#### **Charakteristika**

**Rok založení:** 2002

**Právní subjektivita:** Občanské sdružení

#### **Popis**

Občanské sdružení se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Poskytuje služby pro ohrožené, nebo nemocné osoby a jejich nejbližší okolí. Šíří informaci a osvětu, určenou pro široký spektrum jedinců.

Od roku 2002 občanské sdružení zaznamenalo dynamický rozvoj. V současné době se plánuje založení dalších poboček. Nabídka služeb sdružení je poněkud nevyvážená, neboť každým pracovištěm je upravována jinak. Nejvíce služeb poskytují Brněnské a Pražské občanské sdružení.

#### **Poslání**

1. Poskytnutí rehabilitačních a psychoterapeutických služeb.
2. Spolupráce s nejbližším okolím klientů, nebo s okolím osob z ohniskové skupiny.
3. Prevence nevhodného jídelního chování.
4. Posílení vzájemné komunikaci s předními odborníky v České republice i v zahraničí.
5. Šíření osvěty a vzdělání v dané oblasti.
6. Aktivní podíl na vzdělávání pedagogických pracovníků a jiných osob, které mohou přijít do styku s PPP.



## **Organizační struktura**

Občanské sdružení Anabell můžeme nalézt v následujících městech České republiky: Brno, Praha, Bratislava, Olomouc, Ostrava, Plzeň. V Mladé Boleslavi a Příbrami se nacházejí dislokované pracoviště.

## **Popis základních služeb Občanského sdružení Anabell**

### **Rehabilitační a poradenské služby**

Rehabilitační a poradenské služby jsou poskytovány následujícími způsoby:

Identifikace potřeb klienta probíhá v kontaktním centru. Klient může vybrat vyhovující léčebný postup, nebo dostat kontakty na další odborníky. V rámci intervence se dá vybrat skupinový, nebo individuální rehabilitační program. Pokud nemoc klienta je v akutním stádiu, je mu doporučena hospitalizace.

Cena prvního setkání s odborníkem činí 400 Kč. Každé další setkání – 500 Kč. V Praze jsou nabízené arteterapeutická a dramaterapeutická skupina probíhající během osum setkání za peněžní úhradu 2000 Kč. Před nedávném též vznikla svépomocná skupina pro osoby trpící PPP, nebo pro jejich blízké osoby.

Poradenství se také realizuje prostřednictvím internetu, nebo telefonní linky. Brněnské pracoviště provozuje poradnu osobnostního růstu, psychodiagnostické a pracovní poradenství. Tyto služby nejsou zpoplatněné.

V deseti místech České republiky jsou instalované schránky důvěry Anabell, které slouží ke vkládání dotazu týkajících se PPP. Vybírají se dvakrát měsíčně. V návaznosti na psychoterapii klientům jsou nabízené nezpлатněné služby například: volnočasový klub Anabell nebo víkendové kurzy „*Svému tělu přítelem*“.

### **Preventivní Osvětová činnost**

Občanské sdružení Anabell usiluje o šíření informací a vzdělanosti v problematice poruch příjmu potravy prostřednictvím přednáškové činnosti, provozováním internetových stránek a tvorbou propagačních materiálů pro širokou klientelu. Sdružení organizovalo již mnoho projektu venujících se vzdělávání odborné a laické veřejnosti.

### **Přednášková činnost**

Preventivní činnost občanského sdružení Anabell je podrobně rozepsána v kapitole Případové studium. Níže jsou uvedené informace, které nejsou v této kapitole zmíněny.

V Praze byl zaveden nový program Nestreetwork, zaměřený na sekundární a terciární prevenci. Práce Nestreetworků spočívá ve vyhledávání nebezpečných pro anorektických webových stránek a snaží se přes internet oslovit rizikovou skupinu.

Občanské sdružení Anabell připravuje realizaci nového projektu zabývajícího se tvorbou metodiky programu primární prevence. „*Aplikace zásad životního stylu do výuky ZŠ, ŠŠ a gymnázií*“. Projektu se mohou zúčastnit pedagogičtí pracovníci a metodici prevence základních škol (dále jen ZŠ), středních škol (dále jen ŠŠ) a gymnázií vedený odborným týmem v němž mimo jiné je také F. D. Krch. Členka odborného týmu Mgr. Jarmila Švédová upozorňuje na to, že v České republice doposud chybí celostátní preventivní program a považuje za vhodné spolupracovat při jeho tvorbě s výše uvedenou cílovou skupinou.

## **4.2 STOP PPP, o. s.**

### **Charakteristika**

**Rok založení:** 2002

**Právní subjektivita:** nezisková organizace

### **Popis**

Organizace STOP PPP, o. s. poskytuje služby lidem trpícím poruchami příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, obezita, bigorexie, orthorexie), usiluje o zlepšení jejich sociální situaci a snaží se přiblížit život těchto lidí široké veřejnosti.

### **Poslání**

1. Integrace jedinců s poruchami příjmu potravy do společnosti
2. Zkvalitnění podmínek potřebných pro tento proces
3. Vyhledávání, aktivizace a podpora sil na území České republiky potřebných k naplnění výše uvedených cílů

4. Šíření prevence a osvěty ve vztahu k dané problematice

**Kompletní nabídka preventivních a rehabilitačních služeb**

**Rehabilitační služby**

První setkání klienta se sociálním pracovníkem probíhá v kontaktním centru. Při vstupním pohovoru klient vyjádřující své požadavky a konzultuje další možnosti léčebného postupu.

**Léčba PPP**

V rámci léčby klientovi jsou doporučovány:

- svépomocná podpůrná skupina,
- nutriční poradenství,
- psychoterapie,
- zážitkové programy (arteterapie, jóga).

**Prevence a osvěta**

Nezisková organizace STOP PPP, o. s. usiluje o posílení primární prevence poruch příjmu potravy a přiblížení této problematiky široké veřejnosti prostřednictvím besed a přednáškové činnosti. K potenciální cílové skupině mimo jiné patří děti a mládež, pro které organizace realizuje preventivní programy, v nichž je upozorňováno na nebezpečí spojené s PPP a jejích vlivů na běžný život. Organizace pořádá konference pro odbornou a laickou veřejnost, obsahující interaktivní workshopy a přednášky o problematice PPP.

**Preventivní programy**

Preventivní programy jsou poskytované pro různé věkové kategorie.

Níže uvedené programy pro děti a mládež mají devadesátí minutovou časovou dotaci. Stojí 800 Kč.

## **Hravě zdravě**

Programy pro děti ve věku od čtyř do devíti let probíhají formou interaktivních her.

## **I vy jste v tom**

Program Pro druhý stupen ZŠ, studenty SŠ vznikl v roce 2004 po ukončení Kurzu lektorských dovedností pořádaného společností Člověk v tísni. „*I vy jste v tom*“ realizovali absolventi výše uvedeného kurzu.

Nyní je uskutečňován formou besedy s lektorem. Probíhá ve dvou blocích. První je věnován brainstormingu odrážejícímu informovanost účastníků o dané problematice. Náplní druhého bloku je výklad lektora a zpětnou vazbou ze strany studentů. Závěrečná reflexe probíhá jak ústně, tak písemně prostřednictvím ankety.

## **PPP a sebe poškození**

Je program s devadesátí minutovou dotací je určen studentům SŠ, pedagogům, metodikům prevence. Cílem programu je propojení problematiky PPP a sebe poškození.

Dále uvedené programy jsou určené pro starší věkovou kategorii.

## **Životem bez PPP**

Program je určen školním metodikům prevence, výchovným poradcům, pedagogům a odborné veřejnosti. Probíhá v rozsahu šest hodin. Cílem programu je poskytnutí informací o poruchách příjmu potravy na takové úrovni aby účastníci následně byli schopní zařadit primární prevenci do ŠVP a vytvořit metodiku výuky. Cena programu je 3600 Kč.

## **KLD 5P**

Projekt je určený lektorům primární prevence poruch příjmu potravy. Během deseti týdnů účastníci jsou školené odbornou veřejností. Cena tohoto programu je 800 Kč na osobu.

### **Putovní projekt životem bez PPP**

Dopolední program, probíhající přímo ve školách. Je realizován proškolenými lektory. Cílem programu je přiblížit žákům problematiku poruch příjmu potravy a poskytnout kontakty na odborníky v této oblasti. Instituce se tohoto projektu mohou zúčastnit za peněžní obnos 2000 Kč.

## **4.3 Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy SAPPP**

### **Charakteristika**

**Rok založení:** 1992

**Právní subjektivita:** Svépomocná asociace

### **Poslání**

1. Usilování o vzdělávání odborníků v oblasti poruch příjmu potravy
2. Poskytnutí psychoedukace pacientům a jejich blízkým osobám
3. Podpora výzkumu v dané problematice

### **Kompletní nabídka preventivních a rehabilitačních služeb**

### **Léčba**

Po diagnostifikaci nemoci klient může rozhodnout o léčebném postupu. Centrum pro léčbu poruch příjmu potravy poskytuje následující možnosti léčby:

### **Lůžkové oddělení**

Hospitalizace v lůžkovém oddělení trvá 6–8 týdnů. V rámci léčby pacienti dodržují režim, zahrnující terapeutické, pracovní a sociální aktivity. Další součástí režimové léčby je jídelní režim. Cena pobytu je 60 Kč za jeden den. Podmínkou přijetí do léčby je kompenzovaný somatický stav pacienta.

### **Denní stacionář**

Denní stacionář též nabízí režimovou léčbu, rozdíl od lůžkového oddělení je v tom, že pacient pouze navštěvuje stacionář. BMI<sup>9</sup> klienta musí dosahovat minimálně šesnácti. Pobyt trvá tři měsíce. Cena pobytu je 55 Kč za jeden den. Denní stacionář poskytuje skupinový terapeutický program v rámci kterého lze projít psychologickým, či psychiatrickým vyšetřením, nebo využít individuální poradenství. V stacionář jsou též provazovaný klub pro blízké osoby nemocných a vícerodinná terapie.

### **Doléčovací skupiny**

Hlavním cílem doléčovacích skupin je prevence relapsu. Pomocí speciálních KBT metod klienti mají docílit ustálení postojů a zvyklosti a následně se vrátit do běžného života. Skupiny jsou vedené F. D. Krchem, probíhají jednou za dva týdny.

### **Prevence, vzdělávání a osvěta**

Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy SAPPP podporuje prevenci prostřednictvím internetu a přednášek o PPP. Jejich cenu jsem se bohužel nedozvěděla. Pro odbornou veřejnost se konají konference o PPP s mezinárodní účastí.

## **4.4 Nadační fond Albert**

### **Charakteristika**

**Rok založení:** 2009

**Právní subjektivita:** Nadační fond

Nadační fond Albert byl založen společností AHOLD Czech Republic, která je dodnes jeho zřizovatelem.

### **Poslání**

1. Pomoc neziskovým organizacím
2. Podpora vzdělávacích programů o zdravé výživě
3. Podpora programů pro znevýhodněné skupiny

---

<sup>9</sup> BMI - body mass index (index tělesné hmotnosti). Obvykle se BMI používá pro stanovení podváhy, nadváhy, nebo obezity. Spočítá se vydělením váhy jedince v kg, druhou mocninou jeho výšky v metrech.

## **Nabídka nadačního fondu**

Při realizaci aktivit Nadační fond vychází ze dvou základních programů:

1. Zdravá pětka
2. S Bertíkem za dětským úsměvem

## **Zdravá pětka**

Zdravá pětka je vzdělávací projekt o zdravé výživě pro mateřské a základní školy

Vznik projektu v roce 2004 umožnila strategie „*Zodpovědnost vůči veřejnosti*“. Zdravá pětka byla inspirována vzorem holandské společnosti AHOLD. Je zaměřena na konzumaci ovoce a zeleniny, jejichž doporučená denní dávka je právě aspoň pět krát denně. Projekt podporuje zdravou výživu prostřednictvím telefonické, nebo internetové poradny, nebo formou interaktivních her.

## **Souhrnné cíle projektu**

Vypěstovat u dětí kladný vztah ke konzumaci ovoce a zeleniny a změnit jejich pohled na zdravou stravu, která bude následně vnímána dětmi jako nedílná součást života.

## **Cíle**

1. Objasnit význam zdravého stravování a pohybových aktivit
2. Preventivně působit na nežádoucí jídelní chování
3. Aplikovat poznatky dětí do jejich běžného života

## **Popis projektu**

Zdravá pětka je putovním projektem, do kterého se může zapojit každá škola. Samotná realizace probíhá v oddělení zeleniny a ovoce prodejen hypermarketu Albert. Projekt má formu interaktivních her a soutěží, kterými děti provází školené lektori.

Celá aktivita je zarámována jako „Škola ovoce a zeleniny“ ve níž se děti učí zdravým jídelním návykům. V rámci výuky se děti rozdělí na týmy a plní úkoly, za které dostávají body. Na hodinách se děti mohou dozvědět spoustu zajímavosti o ovoci a zelenině a vyzkoušet si jak chutná. Soutěže mohou být zaměřené na poznávání

vitamínů, seznámení se s exotickými a domácími plody, správnou hygienou při přípravě a konzumaci ovoce a zeleniny. V rámci výuky dětí začleňují potraviny do potravinové pyramidy, učí se skladbu jídel a jejich vhodnou kombinaci.

### **Tematické okruhy hodin**

- 1. Proč máme jíst ovoce a zeleninu aspoň pět krát denně?*
- 2. Jak se dostanou až na náš stůl?*
- 3. Jak chutná exotické ovoce?*
- 4. Co všechno můžeme dělat s ovocem a zeleninou?*
- 5. Hravé mlsání – nápady pro zajímavé, ale zároveň zdravé mlsání (Zdravá 5 2011).*

Zdravou pětkou prošlo už kolem tři tisíce dětí. Projekt je lokální, tudíž může být organizován jen ve městech kde se nachází prodejna. Ve výjimečných případech se Zdravá pětka může organizovat i na vesnických školách, v tom případě celkový průběh komplikuje cestování a doprava pomůcek, ke kterým patří vzorky ovoce a zeleniny. Veškeré výdaje na projekt hradí společnost AHOLD Czech republic, a. s.

### **Organizační tým**

Organizační tým tvoří školené lektorky. Ve většině případu jsou to buď studentky pedagogických oborů, nebo pedagogičtí pracovníci na mateřské dovolené. Po té, co je vytipovaná prodejna, organizátoři vytvoří inzerát. Podle stanovených kritérií výběrové řízení vybere šest lektorek, které následně prochází školením. Ke kritériím patří například komunikativnost, kladný vztah k dětem a zdravému stravování. Školení probíhá formou pozorování a výcviku, na kterém se lektorky učí zacházet s manuálem a pomůcky. Při zahájení projektu všech šest lektorek pracuje společně. Po ukončení dne probíhá hodnocení jejich výkonu.



## **Zpětná vazba**

Podle slov Petry Režné školy jsou většinou vděčné. Výjimečně se stalo, že rodičům vadila návštěva hypermarketu. Po ukončení projektu pedagogický pracovník, který je přítomen po celou dobu, dostává dotazník. Ten se většinou skládá z následujících otázek:

1. Co se Vám na projektu líbilo?
2. Co se Vám na projektu nelíbilo?
3. Co byste popřípadě udělali jinak?
4. Poznámky.

Do projektu se školy mohou zapojit pomoci internetu. Třída může navštívit prodejnu Albert poté co se zaregistruje na internetových stránkách. „Školu zdravé pětky“ se také dá organizovat ve třídě pomoci metodických materiálů.

## **Škola zdravé pětky ve třídě**

Pedagogické pracovníci mají možnost organizovat projekt ve vlastní třídě. K tomu je zapotřebí metodických materiálů, které je možné objednat na internetu, pomoci formuláře, nebo stáhnout na internetu. Před organizací projektu ve třídě je také možná konzultace s odborníkem, kterého se dá najít v několika městech České Republiky.

Zdravá pětka byla organizována již na stovkách škol. V návaznosti na tento vzdělávací program vznikli další projekty o zdravé výživě, které finančně podpořil nadační fond Albert.

Každá organizace má možnost požádat o grant v rámci vlastního projektu, bezprostředně navazujícího na Zdravou pětku. Poslední dobou při schvalování projektu Nadační Fond hledí na jejich systematičnost a návaznost. Podle slov Petry Režné (2011) projekty nemohou být jen útržky, které škola jednorázově použije. Účinný projekt musí mít návaznost, systematičnost a umožňovat dlouhodobou spolupráci se školou.

Pro rok 2012 Nadační fond Albert plánuje zavedení nové koncepce. V jejím rámci se plánuje posílení spolupráce s rodinou a školními jídelnami, rozšíření zaměření projektu a zvětšení skupiny respondentů, která vzroste o žáky druhého stupně

základních škol a studenty středních škol a gymnázií. Pro obě věkové kategorie budou upravené interaktivní hry a doplněné vařením pokrmů. Nadační fond připravuje realizaci divadelního představení, které nyní pro mladší věkovou kategorii organizuje sdružení Free time.

## **4.5 Venkovský prostor**

**Rok založení:** 1999

**Právní subjektivita:** obecně prospěšná společnost

### **Popis činnosti**

Obecně prospěšná společnost Venkovský prostor vyvíjí činnost v zemědělské, kulturní, vzdělávací a sociální oblasti. Pořádá vzdělávací akce, vyvíje překladatelskou, tlumočnickou, publikační a projektovou činnost.

Níže popsaný výchovně vzdělávací projekt byl zaměřen na zdravou výživu dětí a mládeže. Skončil 28. 2. 2010. Ovšem v současné době se se chystá jeho rozšíření po celé ČR.

### **Zrcadlo výživy**

**Cílová skupina:** Žáci základních škol, studenti středních škol a gymnázií.

### **Souhrnné cíle**

Vybudovat u respondentů zdravé stravovací návyky, informovat respondenty o regionálních potravinách a posílit jejich vztah k těmto potravinám. To vše prostřednictvím netradičních forem výuky, které poslouží jako motivace školních institucí pro zavedení inovativních metod výuky v předmětech výchova ke zdraví.

### **Popis projektu**

Projekt zrcadlo výživy vzniknul ve spolupráce se společností AHOLD. Probíhal formou projektových dnů, realizovaných odborníky. Zrcadlo výživy bylo hodně zaměřeno na postoje respondentu k zdravému životnímu stylu a propagaci interaktivních metod výuky, které utváří tyto postoje. V rámci projektových dnů respondenty poznávali zásady zdravého stravování a následně uplatňovali své poznatky

v praxi. Tento cyklus učení prožitkem měl posílit zodpovědnost respondentu o jejích zdravotní stav. Projekt zahrnoval přednášky, interaktivní hry a vaření. Obsah metodických dnů se pro každou věkovou kategorii lišil. Na tvorbě metodiky se podíleli odborníci z nadačního fondu Albert. Podmínkou účasti na projektu byla přítomnost pedagogického pracovníka přehlášené školy na metodickém semináři.

Zrcadlo výživy byl lokálním projektem, zatím se realizoval jen v Libereckém kraji. Ve spolupráci s odborníky společnosti AHOLD, byla zpracována metodická publikace obsahující popisy projektových týdnů na základních školách a způsoby začlenění výchovy ke zdraví do ŠVP. Vzhledem k úspěšnosti projektu Zrcadlo výživy nyní se projednává tisk metodické publikace a její rozšíření do škol České republiky. Metodické návody, podle kterých byl projekt organizován by mohli být použity na každé škole, která projeví zájem o zavedení interaktivní výuky v rámci předmětu výchova ke zdraví.

## **5 Případová studie**

### **5.1 Metodika výzkumu**

#### **Hlavní cíle**

Zpracovat případovou studii analyzující program primární prevence proti poruchám příjmu potravy občanského sdružení Anabell působícího v oblasti prevence a rehabilitace poruch příjmu potravy.

#### **Výzkumné otázky**

- Jak organizace pracuje s cíli programů, jaké prostředky používá pro naplnění cílů.
- Jakým způsobem probíhá evaluace programů a kontrola respondentů, zda je tato kontrola dlouhodobá.
- Jakým způsobem je program zajištěn v oblasti lektorů, pomůcek a zařízení.
- Do jaké míry prostředky použité při realizaci programu odpovídají jeho cílům.
- Jaké metodické postupy organizace používá.
- Do jaké míry je program relevantní vzhledem k cílové skupině.

#### **Výzkumný vzorek**

Jako výzkumný vzorek jsem si vybrala program primární prevence proti poruchám příjmu potravy občanského sdružení Anabell, kterého jsem se účastnila jakožto pozorovatel. Byl realizován pro dvě deváté třídy základní školy Jungmanovy sady Mělník.

Preventivní program občanského sdružení Anabell jsem si vybrala, protože se mi zdál být nejvíce adekvátní a dostupný cílové skupině. Při výběru jsem se řídila informacemi získanými prostřednictvím rozhovoru s organizátory a daty zveřejněnými na internetu. Jednotlivé informace byly zaznamenávány v době přípravy programu, v jeho průběhu a po jeho ukončení.

## **Základní informace o programu primární prevence proti poruchám příjmu potravy**

Preventivní programy realizují všechny pobočky občanského sdružení Anabell. Jejich náplní jsou převážně interaktivní přednášky, ale může též obsahovat interaktivní hry a aktivity zaměřené na vyvážené stravování, životní styl, kladné sebehodnocení a zachování vlastní individuality. Programu se účastní chlapci i dívky najednou. Většinou trvá devadesát minut. Minimální cena programu je 900 Kč.

### **Metody sběru dat**

- Pozorování

Interaktivního semináře pro druhý stupeň základní školy v Mělníku.

- Analýza poskytnutých dokumentů

Občanské sdružení Anabell v Praze a v Brně bylo ochotno poskytnout mi tištěné materiály týkající se onemocnění, propagační tiskoviny a metodické listy programu primární prevence (viz příloha).

- Rozhovory

Pro zjištění konkrétnějších dat jsem hovořila s realizátory programu primární prevence a se zaměstnanci občanského sdružení Anabell v Praze a Brně.

S Filipem Budákem jsem se po domluvě setkala osobně v jeho kanceláři. S Mgr. Jarmilou Švédovou, Mgr. Monikou Růžičkovou<sup>10</sup> a Lucii Mucalovou<sup>11</sup> jsem hovořila v rámci programu Podpora profesionální prevence (viz příloha).

Při realizaci programů jsem též hovořila s jeho respondenty.

---

<sup>10</sup> Mgr. Monika Růžičková je poradkyní osobnostního růstu.

<sup>11</sup> Lucie Mucalová – vedoucí klubu Anabell.

## **Analýza podle kategorií**

Dva výše uvedené programy hodnotím podle následujících kategorií:

- Cíle a výstupy – Pro hodnocení cílů programu jsem použila model SMART.<sup>12</sup>
- Evaluace programu – zde jsem hodnotila evaluaci programů, zajímalo mě jakým způsobem probíhá kontrola respondentů a zda je kontrola dlouhodobá.
- Zajištění programu – v této části jsem se snažila ohodnotit personál – konkrétně mě zajímala lektorská práce a propagace výběrového řízení na pozici lektora. Dále jsem zjišťovala, jakým způsobem probíhá školení zájemců. Též mě zajímaly pomůcky a zázemí programů.
- Prostředky – hodnotila jsem, zda prostředky využívané při realizaci programu odpovídají jeho cílům.
- Metodika programu – tady jsem hodnotila metodiku programu a způsob její tvorby. Také jsem se zaměřila na průběh programu – zajímal mě model, podle kterého je program realizován. Také jsem hodnotila logickou posloupnost a návaznost jednotlivých aktivit. Dále jsem se snažila zjistit, jestli se prostřednictvím aktivit dají splnit cíle programu.
- Respondenti – zde hodnotím do jaké míry program odpovídá specifickým potřebám cílové skupiny a nakolik je relevantní vzhledem k rizikovým faktorům a rizikovému prostředí respondentů. Také mě zajímala spolupráce, míra ponoření účastníků do programu a celkové hodnocení programu ze strany respondentů.

Kromě výše uvedených kategorií mě též zajímalo, jaké nedostatky na programu vidí jeho tvůrci a realizátoři a jaké postupy si volí pro jejich odstranění.

---

<sup>12</sup> SMART je metoda používaná při stanovení cílů. Často se uplatňuje v rámci projektového managementu, ale dá se použít i v jiných oblastech. Podstatou metody je souhrn pravidel, pomocí kterých lze efektivně formulovat cíle, kterých se má dosáhnout.

## **5.2 Případová studie programu primární prevence proti poruchám příjmu potravy**

### **5.2.1 Popis programu**

#### **Cíle**

1. Zprostředkovat základní přehled o problematice PPP takovým způsobem, aby respondenti byli schopni kriticky hodnotit médii prezentované informace a věděli jak se zachovat v případě, že poznají osobu s PPP. Dále, aby se prostřednictvím interaktivních her naučili zásadám vyváženého stravování a správnému sebepojetí.

#### **Očekávané výstupy**

1. Žáci získají základní informace o PPP prostřednictvím porovnání svých dosavadních znalostí o daném tématu.
2. Žáci si uvědomí význam médií v problematice PPP.
3. Žáci se naučí určovat kritéria, podle kterých lze rozeznat nemoc u lidí, kteří je obklopují.
4. Žáci neodsuzují nemocné lidi, ale snaží se jim pomáhat.
5. Žáci vědí, kam se mají obrátit pro pomoc a získají kontakty na odborníky.

#### **Evaluace**

Dlouhodobá kontrola respondentů není zahrnuta do programu. Evaluace je dvoustupňová, probíhá prostřednictvím rozhovoru s třídním učitelem a reflexí ze strany žáků<sup>13</sup> formou dotazníku obsahujícího následující otázky:

1. Co se Vám líbilo na semináři nejvíc?
2. Co se Vám nelíbilo?
3. Co byste změnili?
4. Poznámky.

---

<sup>13</sup> Zda je v programu přítomna reflexe ze strany žáků, záleží na lektorovi.

## **Zajištění programu**

### **Organizační tým**

Organizační tým tvoří školení lektoři. Převážně jsou to studenti pedagogických oborů, kteří prošli školením, skládajícím se z náslechu a nácviku práce s metodickými pomůckami. Program primární prevence proti poruchám příjmu potravy byl uveden Filipem Budákem a sociální pracovníci Pražské pobočky Anabell. O možnosti stát se lektorem se dá dozvědět z webových stránek společnosti Anabell.

### **Zázemí**

Programy primární prevence se realizují přímo ve třídě. Preferují se třídy vybavené dataprojektorem, ve kterých lze přestavět lavice.

### **Prostředky**

Podle slov Filipa Budáka se poslední dobou snaží školy ušetřit a slučují třídy dohromady, což znemožňuje realizaci interaktivních her, které nemohou probíhat ve velkém počtu žáků. Jediným východiskem jsou interaktivní přednášky a semináře, jejichž počet nyní převažuje (2011).

V souvislosti s výše uvedeným se při realizaci programu primární prevence můžeme nejčastěji setkat s krátkými snímky a spoty,<sup>14</sup> po kterých většinou následuje debata nebo krátká týmová práce. Při týmových pracích se většinou používají kartičky s tvrzeními o poruchách příjmu potravy, jen některé z nich jsou pravdivé. Na konci každého semináře respondenti dostávají propagační a informační tiskoviny občanského sdružení Anabell, na kterých jsou uvedené informace o PPP, kontakty na odporníky a pospup, podle kterého by se respondenti měli řídit, pokud potkají člověka s PPP ve svém okolí.

### **Metodika programu**

Metodiku preventivních programů tvoří lektoři pod dohledem vedoucího kontaktního centra. Lektoři čerpají jednotlivé aktivity prostřednictvím sdílení zkušeností s jinými lektory, nebo realizují vlastní nápady. Aktivity programů se obměňují a doplňují z iniciativy lektorů.

---

<sup>14</sup> Autorská práva na tyto snímky a spoty vlastní občanské sdružení Anabell.



Při realizaci programu se pracuje s celou třídou najednou. Programu se účastní chlapci i dívky. Délka trvání jednotlivých seminářů je devadesát minut. Minimální cena je 10 Kč za minutu. Školy mohou objednat tři navazující semináře, každý z nich je zaměřen na konkrétní tematický okruh, (například kladné sebehodnocení – práce se sebevědomím, PPP – příčiny vzniku, následky, jak je poznáme, co máme dělat když trpí kamarádka, přítel/kyně, vyvážená strava...) jednotlivé okruhy mají logickou posloupnost a návaznost. Před samotnou realizací je možné domluvit se školou náplně seminářů. Třídní učitel může být přítomen při průběhu programu, ale nesmí do něj zasahovat.

Obsah programu lektori upravují podle cílové skupiny. V potaz se bere informovanost respondentů o dané problematice, úroveň jejich schopností a rozdíl v komunikaci s respondenty. Tudíž náplň semináře pro studenty z gymnázia je jiná než u seminářů pro odborné střední školy. Program se obvykle skládá z interaktivních her, interaktivních přednášek a diskusí. Interaktivní hry jsou ve větší míře obsažené v programech pro první stupeň základních škol.

Na seminářích skupina respondentů funguje na principu dobrovolnosti (Challenge By Choice)<sup>15</sup>. Lektori též používají ice-breakers (ledolamky)<sup>16</sup> a rozechřívací aktivity – warming-ups a deinhbitizers<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Challenge By Choice je princip dobrovolnosti. Většinou se používá v teambuildingu, znamená dobrovolnou účast na aktivitách.

<sup>16</sup> Ice-breakers slouží k tomu, aby skupina zúčastněná v programu odbourala bariery a zbavila se ostychu hned na jeho začátku. Jsou to aktivity, které se zařazují ve fázi formování skupiny a motivují respondenty na další činnost.

<sup>17</sup> Warming-ups a deinhbitizéry jsou jsou zábavné hry s prvky pohybu vhodné k odlehčení situace, uvolnění, nebo navození atmosféry. Většinou se zařazují ve fázi formování skupiny a připravují respondenty na hlavní činnost.

## Respondenti

Programu se zúčastnily dvě deváté třídy základní školy Jungmanovy sady Mělník (celkem 37 žáků). Občanské sdružení Anabell také realizuje přednášky určené studentům středních a vysokých škol, pracovníkům pomáhajících sfér, nízkoprahovým centrům a pedagogickým pracovníkům.<sup>18</sup>

### 5.2.2 Průběh programu

Po krátkém představení lektorů a vysvětlení zaměření programu následuje brainstorming.

## Brainstorming

### Cíle

1. Žáci získají základní informace o PPP prostřednictvím porovnání svých dosavadních znalostí o daném tématu.
2. Lektori zjistí úroveň informovanosti dětí o dané problematice.

### Průběh

Hned na začátku brainstormingu lektori zjišťovali, zda respondenti už někdy slyšeli o PPP, jestli vědí které poruchy k nim patří a jaký je mezi nimi rozdíl. Žáci byli schopni odpovědět na otázku týkající se PPP, ale nevěděli, co je mentální bulimie. Po vysvětlení lektorů byli překvapeni, že nemocní zvrací a nechápali význam jejich narušeného jídelního chování.

Dále žáci byli rozděleni do šesti skupin podle toho, jak sedí v lavicích. Každá skupina dostala do lavice kartičku s tvrzením o PPP. Úkolem skupinek bylo sdělit, jestli s tvrzením souhlasí. Zároveň lektori upozornili na skutečnost, že daná aktivita není soutěž, ale že jde jen o názor žáků.

Každé tvrzení na kartičce mělo otevřít debatu evokující témata, která se následně objevovala v celém programu. Například tvrzení „*Když budu moc hubená, ztratím menstruaci a vypadají mi vlasy*“ evokovalo téma následku nemoci. Tvrzení „*Poruchy příjmu potravy mají jen modelky a skokani na lyžích*“ téma o rizikových skupinách.

---

<sup>18</sup> Brněnská pobočka společnosti rozšířila cílovou skupinu na děti mateřských školek.

Tvrzení „*Když budu držet dietu, budu krásná*“ vyvolalo nejednoznačné reakce ze strany všech žáků. Někdo s tímto tvrzením souhlasil, někdo tvrdil, že je pravdivé jen v případech, když se týká jedinců s nadváhou. Překvapivě většina žáků z obou tříd tvrdila, že záleží na tom, aby člověk byl zdravý a cítil se dobře. Musím podotknout, že takto reagovali žáci s normální váhou.

První třída byla při aktivitě zcela pasivní. Nejvíce reakcí vyvolalo tvrzení „*Přejídají se jen obézní lidé*“. Jak jsem se, již zmínila výše, žáci nevěděli o mentální bulimii. Druhá třída byla při brainstormingu aktivnější. Zajímaly je fakta. Zazněly tu otázky, jestli v ČR je více chlapců nebo dívek trpících PPP, zda člověk může odmítat potravu kvůli jiným onemocněním a jestli PPP postihuje také dospělé lidi? Občas docházelo k tomu, že se žáci navzájem překřikovali, ale lektori dávali všem patřičný prostor. Pokud jednomu žákovi někdo vstoupil do řeči, lektor vztyčil paži a poprosil o to, aby se nedočkavý žák vyjádřil až potom, co domluví ten první.

### **Spot s grafickou úpravou modelky**

#### **Cíle**

1. Žáci posílí kladné přijetí vlastního těla a podpoří pozitivní vztah k sobě samému.
2. Žáci si uvědomí, nakolik média zkreslují herce a modelky, a že jejich ideální postava, nebo obličej je v podstatě podvod.
3. Žáci si uvědomí komerční zájem médií, která se snaží zaujmout.
4. Žáci se zamyslí nad tématem přirozené krásy.

#### **Průběh**

Po brainstormingu následoval spot s grafickou úpravou modelky. Spot měl poukázat na to, jakým způsobem jsou modelky upravovány. Na to, že jejich obličej a tělo se upravují ve fotoshopu. Spot měl rozpoutat debatu o přirozené kráse a vnímání vlastního těla, kladném sebepojetí a komerčních zájmech médií. V první třídě tento spot vzbudil velkou pozornost. Žáci soustředěně pozorovali spot a nebagatelizovali situaci. Po jeho promítání lektori podotkli, že v podstatě každý žák může vypadat jako model, ale opravdový vzhled každého z nás je neopakovatelný a nenapodobitelný. Spot byl ihned promítnut ještě jednou. Lektori pozastavovali spot v jednotlivých bodech a vysvětlovali

postup proměny modelky. „Zatím co ji líčí už vypadá trochu jinak. Ted' když má jiný účes už byste ji poznali jen stěží, ale je to pořád ještě ona. Ted' nastal zlomový okamžik, kdy obličej dívky změnil fotoshop, už je k nepoznání“ (Budák 2011).

Tato aktivita zřejmě zapůsobila na emoce obou skupin. Žáci se ochotně zapojili do debaty a dozvěděli se o snaze médií upoutat pozornost emotivně zabarvenými reklamami, ve kterých je hlavní postava mediálně známá a produkt, jenž tato postava propaguje, je spojován divákem s jejím úspěchem a popularitou. Lektoři podotkli, že to co vidíme v reklamách, je v podstatě podvod. Modelky a herečky jsou často upravovány, aby budily dojem dokonalosti. Tato strategie je ovšem používána v zájmu médií, která chtějí nalákat lidi a upoutat jejich pozornost. Lektoři se též zmínili o některých zpěvačkách a herečkách, které nechtějí být upravované, například Jenifer Lopez, která se pyšní ženskými tvary, odmítla jakékoli grafické úpravy své postavy. Ale přesto ve spoustě časopisů můžeme vidět její grafickou úpravu. Na dotaz o panence Barbie lektoři uvedli příklad jednoho výzkumu, který prokázal, že kdyby běžná žena měla proporce panenky Barbie, vypadala by nepřirozeně, až zruďně. V této části musím ocenit nenucenou formu uvádění hodnotových aspektů programu a pohotové odpovědi na otázky žáků.

### **Spot linka Anabell – Sedmikráska křehká**

#### **Cíle**

Žáci jsou motivováni pomáhat nemocným.

#### **Průběh**

Další aktivitou programu byl spot o lince bezpečí Anabell. Zde lektoři nastínili jednu z možností zahájení léčby PPP. Tento spot žáci bagatelizovali více, než předchozí. Je zajímavé, že nebyl doprovázen hudbou. Po spotu bylo patrné, že nikdo ze žáků nechce mluvit, proto začali sami lektoři. Zmínili se o nebezpečí diet a ještě jednou uvedli témata, která se objevila v brainstormingu.

## **Prezentace**

### **Cíle**

1. Žáci prostřednictvím prezentace rozvinou a doplní témata z brainstormingu.
2. Žáci se naučí určovat kritéria, podle kterých lze rozeznat nemoc u lidí, kteří je obklopují.

### **Průběh**

Po spotech linky Anabell nastala hlavní informativní část doprovázená prezentací. Prezentace měla podrobně odpovědět na otázky, co je PPP, koho se to týká, kdo je nejvíce ohrožen, jak poznat PPP.

Zde lektori dopodrobna rozebrali rizikové faktory, kritéria podle kterých lze poznat PPP a způsoby pomoci nemocným lidem. Mimo jiné také podotkli, že jedinci s PPP nemohou za svou nemoc a potřebují pomoc stejně jako lidi trpící chřipkou nebo zápalom plic. Kritériím, podle kterých lze poznat nemoc, lektori věnovali zvláštní pozornost. Vysvětlili, jak lze poznat, že PPP trpí spolužák/spolužačka nebo kamarád/kamarádka. Pro chlapce byla určená část, ve které se probraly kritéria, pro rozpoznání nemoci u dívky se kterou chodí. Při otázkách na nemoci PPP se žáci mohli dozvědět o bigarexii, drunkorexii a ortorexii.

Žáci druhé třídy projevovali zájem o dopady hladovění na lidskou psychiku. Zajímala je spojitost nedostatku živin a patologických projevů nemoci. Zde také zazněla otázka, zda vyhublost způsobují pouze zmíněné poruchy příjmu potravy. Ačkoli lektori neuvedli v programu tuto problematiku, žáci se díky své zvědavosti stejně odpověď na tuto důležitou otázku dozvěděli. Zmíněná třída vyžadovala konkrétní data a o informativní blok se zajímala nejvíce.

## **Dokument o dívkách, které prošly PPP**

### **Cíle**

1. Seznámit žáky s léčebnými postupy v Americké klinice
2. Hovořit o postojích nemocných k léčbě

## **Průběh**

V další aktivitě byl žákům puštěný dokument o léčbě pacientů s PPP v Americe. Trval 15 minut. Některé pasáže nebyly přehrávané kvůli drastickému obsahu. Na závěr, kdy se respondenti měli vyjádřit o svém dojmu z dokumentu, téměř nikdo nechtěl mluvit. Žáci první třídy dokument značně bagatelizovali, přestože jeho obsah na ně velice zapůsobil (jak jsem se dozvěděla později v rozhovoru).

## **Závěr semináře**

### **Cíle**

1. Celkové zhodnocení programu ze strany žáků
2. Odpovědět na otázky žáků
3. Poskytnout žákům informace o občanském sdružení Anabell
4. Poskytnout žákům informace o odborné pomoci

## **Průběh**

N závěr celého programu lektori poděkovali za pozornost a seznámili respondenty s činnostmi občanského sdružení Anabell. Po položení několika znalostních otázek, byly žákům nabídnuté propagační materiály občanského sdružení.

### **5.2.3 Vyhodnocení programu**

Hodnocení cílů podle modelu SMART:

#### **S – Specific:**

Cíle jsou dost konkrétní. Myslím, že kurikulární cíle jsou naformulované lépe, než hodnotové.

#### **M – Measurable**

Znalostní a dovednostní cíle jsou měřitelné. Změna postojů a hodnot se v tomto případě dá změřit těžce. V rámci programů neprobíhá dlouhodobá kontrola respondentů, což ještě víc znemožňuje měřitelnost cílů. V uvedeném semináři také chyběla zpětná vazba ze strany žáků ve formě dotazníku. Ačkoli lektori pokládali znalostní otázky v průběhu programu, odpovědi nebyly zaznamenávané.

### **A – Aligned**

Cílová skupina zároveň patří do rizikové skupiny. Cíle programu byly zaměřené na rozpoznání nemoci a její aspekty, což je relevantní vzhledem k respondentům. Celkově ale program budil dojem, že se nemoc týká žáků jen jakožto zprostředkovatelů pomoci pro nemocné lidi. Proto bych věnovala více pozornosti tématům spojených s eliminací rizikových faktorů. Cíle programu by mohly být zaměřené také na aspekty vyvážené stravy a pohyb.

### **R – realistic**

Cíle týkající se znalostí žáků jsou realistické. Těžší je tomu u postojů a hodnot. Okolí má na žáky obrovský vliv, přestože jsou cíle spojené s kladným sebehodnocením realistické, je těžké splnit je během jednoho semináře. Časová dotace programu je dost krátká pro vypěstování postojů a hodnot. Pro splnění tohoto cíle by působení na žáky mělo být dlouhodobé a systematické.

### **T – Timed**

Znalostní cíle lze splnit během semináře. Postoje, hodnoty a dovednosti by se daly zjistit prostřednictvím dlouhodobé zpětné vazby. Ačkoli tato vazba není zahrnuta do programu cíle jsou termínované jen zčásti.

### **Závěr**

Co se týče hodnocení cílů podle SMART – je těžké hodnotit cíle týkající se hodnot a postojů. Program nezahrnuje dlouhodobou zpětnou vazbu, proto jsou cíle měřitelné jen zčásti. Dosáhnout toho, aby se děti vyváženě stravovaly po uplynutí semináře, je téměř nemožné. Cíle stanovené pro druhý stupeň ZŠ bych doplnila o problematiku vyvážené stravy a pohybu. V programu též chyběly cíle zaměřené na přijetí lidí kolem respondentů. Podle informací uvedených v teoretické části jsou častou příčinou nežádoucího jídelního chování nářky na vzhled jedinců. Proto je důležité naučit respondenty respektovat lidi, kteří je obklopují a přijmout je takové, jací jsou (viz str. 14, 15).

## **Evaluace**

Evaluace v programech v podstatě chybí. Zpětnou vazbu považují za nedostačující. V lepším případě se omezuje na rozhovor s třídním učitelem a dotazník pro respondenty. V případě popsaného programu třídní učitel nebyl přítomen, dotazník se nepoužil.

Vazby mezi jednáním, chováním a postoji žáků jsou těžce měřitelné, neboť nemoc není natolik frekventovaná, aby s ní většina respondentů přišla do styku. Na druhou stranu u podobných programů by se mělo zaměřit právě na chování a postoje, které je lepší ověřovat s časovým odstupem (viz str. 27). S tím je spojena další komplikace provedení dlouhodobé zpětné vazby. Pedagogičtí pracovníci jsou většinou málo informovaní o problematice PPP. Přitom právě pedagog může dlouhodobě kontrolovat chování respondentů a zjistit, zda vykazuje patologii.

## **Závěr**

Podle odborníků je evaluace nezbytná pro efektivní program, proto vidím potřebu více propracovat evaluační metody. V důsledku absence dlouhodobé zpětné vazby a nepříliš propracovaných metod evaluace, nelze zjistit, zda program byl efektivní a jaké změny by mohly být udělané pro dosažení větší efektivity. V rámci evaluace se dá použít pre – test a post – test. Propracovat kvalitativní metody hodnocení a změnit otázky ve výstupním dotazníku takovým způsobem, aby umožňovaly vyjádřit kritické porozumění tématu. Tento účel mohou splnit také volně položené otázky, na které žáci odpoví vlastními slovy (The learner report) (Činčera 2007, s. 98).

Informovanost pedagogických pracovníků o PPP je důležitá. Přítomnost učitele při realizaci programu shledávám jako potřebnou. V lepším případě pedagogický pracovník získá kompetence prostřednictvím speciálního školení.



## **Zajištění programu**

### **Organizační tým**

Program pro druhý stupeň základních škol uváděli lektorka a vedoucí koordinačního centra v Praze. Jejich výkon hodnotím kladně, až na drobné nedostatky. Prostředky pro realizaci projektu byly dobře připravené, po celou dobu realizace nevznikaly žádné problémy. Lektori dbali o to, aby se každý žák mohl vyjádřit. Dávali jim patřičný prostor. Názory respondentů nekomentovali. Při debatě s žáky reagovali pohotově, hodnotové aspekty programu se snažili uvádět nenásilnou formou. Debatu dokázali rozvíjet takovým způsobem, aby v ní bylo propojeno více témat, nepracovali jen s povrchními informacemi. Komunikační techniky byly využité v dostatečné míře. Poněkud méně účinné byly techniky motivační. Přístup k cílové skupině byl empatický. Lektori se zaměřovali na hodnotový systém žáků. Vzhledem k cílům programu to považuji za přínosné. Také kladně hodnotím schopnost lektorů přizpůsobit již existující metodiku specifickým vlastnostem skupin.

### **Zázemí**

Vzhledem k nenáročným požadavkům na vybavení třídy, se program může odehrávat defacto na každé základní škole. Jistou výhodou také je, že žáci se nachází ve známém prostředí a nemusí cestovat.

## **Prostředky**

Filmy měly emocionální zbarvení – na respondenty zřejmě zapůsobily. Jejich nevýhodou může být krátkodobé působení na skupinu (viz str. 28). Dokument o léčení nemocných byl relevantní vůči cílům programů jen zčásti – ačkoli informace o léčení nemocných je důležitá, je málo pravděpodobné, že se respondenti někdy setkají s léčebnými postupy v Americe.

Podle ohlasu žáků na ně nejvíce zapůsobil snímek o americké léčebně. Většina respondentů projevovala empatii k nemocným, proto bych film nevynechávala úplně. S tématem by se dalo pracovat jinak – například porovnat nemocnice ve Spojených státech a v Čechách, nebo debatovat o příbězích jednotlivých dívek a jejich přístupu

k léčbě. Kartičky s tvrzeními o nemoci hodnotím jako vhodnou pomůcku pro brainstorming. Daly by se použít i jiným způsobem (Viz příloha C).

## Závěr

Film jako prostředek považuji za dobrou volbu, protože je bližší cílové skupině (viz str. 27). V případě popsaného programu byly snímky doprovázené debatou. Metoda, při které obsah sdělení je hned reflektován může eliminovat krátkodobé působení filmu. Proto bych věnovala větší pozornost debatám před a po snímcích.

Když Oliver Toskani vytvořil známý billboard „*No anorexia*“, na kterém můžeme vidět Izabel Karo, vyvolal rozporuplné reakce veřejnosti. Bilboardy se objevily v době konání týdnu módy v Miláně. V podstatě měly vyjadřovat protest s novými mírami, které v té době zavedl módní průmysl – 84-54-84. Nejednoznačnost postoje k samotné Isabel Karo vyplývá z toho, že ačkoli sama přiznávala, že je nemocná a že její tělo spíše odpuzuje, ráda souhlasila s focením a její popularita ji těšila natolik, že nebrala léčbu své poruchy příliš vážně. Z druhé strany je známé, že PPP může vzniknout právě z nedostatku vřelých citů a pozornosti ze strany okolí. Možná Izabel byla smířená s PPP a bála se ztráty mediálního zájmu o svou osobu (Roka 2009). Když shrnu výše uvedené, socio-kulturní aspekty mají obrovský vliv na vznik PPP (viz str. 15). Myslím, že pokud chceme využívat mediální prostředky měli bychom být velice opatrní na obsah jejich sdělení (viz str. 28).

## Metodika

Program primární prevence se mi zdál být málo interaktivní. Oceňuji blok věnovaný kritériím, podle kterých lze poznat přítomnost PPP. V prezentaci byla zmíněna kritéria podle kterých lze poznat nemoc u lidí kteří obklopují respondenty, tato část byla spojená s tématem rizikového prostředí, což také hodnotím kladně.

Za přínosnou považuji snahu eliminovat nevraživé chování respondentů vůči lidem trpícím PPP. Informace o tom, kam se obrátit pro pomoc, stejně jako zmínky o bigarexii, ortorexii a drunkorexii též považují za relevantní.

Podle slov Mgr. Jarmily Švédové se usiluje v preventivních i v rehabilitačních programech o to, aby se respondenti naučili stravovat. Sdružení Anabell nepoužívá

pojem „*zdravá strava*“. V souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky se při práci s respondenty užívá termín „*vyvážená strava*“ (Švédová 2011). Podle informací, které jsem uvedla na začátku práce, snaha stravovat se zdravě může též vést ke vzniku nežadoucího jídelního chování (viz str 12, 27, 28). V teoretické části jsem upozornila na význam stravy v preventivních programech. Problematika vyvážené stravy a pohybu nebyla v programu primární prevence zmíněna, lektori nedostatečně upozornili skupinu na to, že je v podstatě riziková. Celkově byl program málo zaměřený na prevenci, proto jeho obsah považuji za relevantní, vzhledem k rizikové skupině, jen z části.

### **Výukový model**

Podle slov lektorky nebyl pro tvorbu programu použitý žádný výukový model. Osobně mi nejvíce připomínal cyklus učení prožitkem, ve kterém by se dalo více zapracovat na fázi aktivního použití poznatků. Použité aktivity se mi zdaly málo propracované.

### **Aktivity jednotlivých fází**

Program se v podstatě skládal z filmu a debat. Brainstorming byl jedinou částí, ve které žáci mohli spolupracovat a prezentovat společné výsledky.

V druhé skupině převládaly žáci s asimilujícím a konvergujícím stylem učení<sup>19</sup> (viz str. 51, 53). V programu pro ně bylo málo příležitostí pro seberealizaci.

Po prvním spotu lektori navázali problematikou rizikových skupin. Tato část podle mě byla adekvátní vzhledem k cílům programu, nicméně podle mého názoru nebyla moc propracovaná.

---

<sup>19</sup> Podle teorie stylů učení D. Kolba každý z nás inklinuje k jednomu ze čtyř stylů učení. Lidé, u nichž převládá asimilující styl, jsou více zaměřeni na teoretické poznatky. Zajímají je kvantitativní data a to, na jakém principu věci fungují. Jedinci s konvergujícím stylem učení upřednostňují experiment. Mají rádi logické úkoly, uplatňují myšlenky v praxi. Podle D. Kolba styly učení korespondují s profesemi, které jsou jedinci s určitým stylem schopni vykovávat. Například lidé s asimilujícím stylem učení by se mohli osvědčit jako matematici, sociologové apod. Jedinci s konvergujícím stylem se mohou uplatnit jako inženýři nebo lékaři.

## **Závěr**

Vzhledem k rizikovým faktorům bych ale viděla za vhodné posílení spolupráce s rodinou (viz str. 28). Podle slov několika odborníků, se kterými jsem hovořila, to není lehká úloha. V podstatě se zatím ještě v žádném programu nepřišlo na to, jakým způsobem lze navázat spolupráci s rodiči tak, aby byla dlouhodobá a kontrolovatelná.

Co se týče metodiky, poněkud problematická je nevyváženost nabídky programů. Občanské sdružení Anabell se nachází v několika městech České republiky. Lektori a koordinátoři jednotlivých center zřídka přicházejí do vzájemného kontaktu. Tudiž metodický list brněnské pobočky se může rapidně lišit od metodického listu vytvořeného v Praze. Vedoucí koordinačního centra Filip Budák informoval o plánech občanského sdružení Anabell, které chce vytvořit nové webové stránky. Na těchto stránkách si budou moci lektori předávat informace a zkušenosti, dělit se o zážitky z projektu a používané aktivity (Budák 2011). Dalším, zatím nevyřešeným problémem je snaha škol ušetřit. Interaktivní semináře nesplňují všechny cíle programu, jejich počet ale nyní převažuje (viz str. 48).

Celkově program působil chaotickým dojmem. Ačkoli vzdáleně připomínal cyklus učení prožitkem, jeho jednotlivé fáze nebyly úplně propracované. Jednotlivé aktivity by šlo trochu upravit. Jejich posloupnost považuji za vhodnou ve vztahu s cíli programu.

Metodiku programu pro druhý stupeň ZŠ bych doplnila o aktivity umožňující uplatnit teoretické poznatky v praxi. Jednotlivé aktivity nebyly propracované, například téma kladného sebehodnocení a přijetí vlastního těla bylo téměř opomíjeno. Jeden spot považuji za nedostačující pro dosažení výše uvedeného cíle. Reflexe ze strany žáků chyběla úplně.

## **Účastníci**

První skupina žáků nebyla na začátku programu příliš aktivní, informace o problematice je zřejmě tolik nezajímaly. Přestože zde zazněly odpovědi na znalostní otázky, celkový postoj žáků k problematice byl poněkud laxní.

V podstatě už reakce na první spot vypověděla o tom, že ve třídě převládají spíše žáci s divergujícím stylem učení<sup>20</sup> (viz str. 51) .

V druhé skupině se žáci aktivně zapojovali do debaty. Analyzovali informace a zajímali se o spojitosti. U příčin vzniku PPP je zajímavá souvislost s hladověním a vnímáním vlastního těla. Ve třídě očividně bylo víc jedinců s asimilujícím a konvergujícím stylem. Informativní část je zaujala nejvíce.

Druhá skupina žáků v programu pro druhý stupeň mi připadala více neklidná, ale na druhou stranu také více dynamická. Líbil se mi aktivní přístup a zájem o problematiku. Filmy hodně bagatelizovali, možná proto, že na ně doopravdy zapůsobily.

### Závěr

V programu si přišli na své i žáci s divergujícím stylem učení. Respondenti s asimilujícím a konvergujícím stylem učení sdělili, že by rádi více spolupracovali ve skupinách. V obou třídách žáci ochotně spolupracovali. Po rozhovoru s jednotlivými skupinkami jsem zjistila, že největší dojem na respondenty udělal spot o dívce z billboardu a krátký film o léčbě PPP, tyto patrně zapůsobily na emoce respondentů.

---

<sup>20</sup> Jedince s divergujícím stylem učení zajímají pocity. Umí naslouchat a jednat s lidmi. Mají dobré komunikační schopnosti. Jsou citliví k hodnotám lidí kolem sebe a rádi shromažďují informace. Mohou se uplatnit jako psychologové, nebo sociální pracovníci.

## **6 SWOT analýza nabídky organizací věnujících se problematice PPP**

Pro souhrné hodnocení nabídky mimoškolních subjektů zabývajících se problematikou PPP byla použita SWOT analýza. Analýza je zaměřená na nabídku občanského sdružení Anabell, neziskové organizace STOPPP, o.s., svépomocné asociace SAPPP a nadačního fondu Albert, zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy. Činnost těchto organizací byla podrobně popsána již na začátku praktické části mé práce. Způsob sběru informací, z nichž vychází SWOT analýza je rozepsán na str. 29, 30.

SWOT analýza je výzkumná metoda požívaná především v marketingu, ovšem dá se uplatnit i v jiných oblastech např. politických (Wikipedie 2011).

Tato metoda vznikla v šedesátých letech dvacátého století. Navrhl ji Albert Humphrey. Skládá se z hodnocení vnějších a vnitřních faktorů. U vnitřních faktorů se hodnotí silné a slabé stránky vycházející právě z vnitřního prostředí. K těmto faktorům například patří organizační tým, zázemí, demografická poloha aj.

K vnějším faktorům patří hodnocení hrozeb a příležitostí vyplývajících z vnějšího prostředí. Patří sem vše, co může působit zvenčí – sponzoři, konkurence, respondenti aj.

Vzájemná interakce všech faktorů umožňuje dlouhodobé strategické plánování. Díky SWOT analýze můžeme přijít na nedostatky a odhalit možnosti růstu. Po identifikaci všech čtyř stránek analýzy, se dají následně silné stránky a příležitosti rozvíjet, slabé stránky a hrozby eliminovat (Wikipedie 2011).

### **Strengths - Silné stránky**

- dynamický rozvoj nabídky organizací zabývajících se problematikou PPP
- použití nejnovějších poznatků lékařské vědy při léčení poruch příjmu potravy a realizaci preventivních programů
- organizace realizují projekty zaměřené na edukaci pedagogických pracovníků v oblasti PPP
- poměrně pestrá nabídka preventivních a rehabilitačních programů
- dlouhodobá zpětná vazba s klienty léčenými od poruch příjmu potravy

- organizace nabízí programy zaměřené na prevenci sebepoškozování
- organizace poskytují primární a sekundární prevence na internetu
- organizace poskytují školení lektorů realizujících preventivní programy proti PPP
- nabídka preventivních a rehabilitačních programů je zaměřená na téměř všechny věkové kategorie

#### **Weaknesses - Slabé stránky**

- nevyváženost nabídky organizací a jejich jednotlivých poboček
- většina projektů nabízených organizacemi je omezená na jednotlivé lokality
- nevyvážené plošné pokrytí organizací
- absence poboček organizací v některých regionech České republiky
- při realizaci preventivních programů a po jeho ukončení je málo navázán kontakt s rodinou respondentů
- absence dlouhodobé zpětné vazby respondentů u preventivních programů
- poměrně malá spolupráce mezi jednotlivými organizacemi
- použití termínu „Zdravá strava“, „Zdravý životní styl“ u některých projektů
- nedostatek kompetencí tvůrců některých preventivních programů
- programy jsou málo prezentované v médiích
- vysoká cena některých preventivních programů
- organizace jsou závislé na sponzorech/zřizovateli

#### **Threats – Ohrožení**

- nízký finanční rozpočet organizací
- úbytek nabídky služeb
- nízký zájem ze strany respondentů
- nízká účinnost preventivních a rehabilitačních programů
- neadekvátnost preventivních programů vzhledem k potřebám respondentů

- nízká informovanost o problematice PPP v některých regionech
- nebezpečí vzniku patologického jídelního chování projevujícího se posedlostí zdravou stravou

### **Opportunities – Příležitosti**

- proniknutí na zahraniční trhy
- zvětšení plošného pokrytí nabídky programů
- zavedení dlouhodobé zpětné kontroly respondentů preventivních programů proti PPP
- posílení spolupráce s rodinou respondentů preventivních programů
- využití mediálních prostředků při propagaci služeb organizací
- posílení spolupráce mezi jednotlivými organizacemi
- sjednotit terminologii používanou při realizaci programů (nepoužívat výraz „Zdravá strava“)
- zefektivnit fundraisingovou a motivační strategii
- více se zaměřit na prevenci sebepoškozování
- vylepšit propagaci nabídky organizací



## **7 Závěr**

Co se týče nabídky organizací poskytujících rehabilitaci a prevenci dozvěděla jsem se, že existuje celá řada preventivních programů proti PPP. V současné době tyto programy poskytují organizace, které jsou přímo zaměřené na tuto problematiku, ale můžeme se také setkat s programy, které za podpory sponzorů organizují například školy, nebo organizace se zcela jiným zaměřením.

Podle zjištěných informací se dá vyvodit, že nejkompletnější nabídku preventivních a rehabilitačních programů nabízí občanské sdružení Anabell. Programy zaměřené na prevenci jsou určeny pro různé věkové kategorie a obsahují široké spektrum tematických okruhů. Za velmi přínosnou považuji spolupráci organizace s F. D. Krchem, který používá KBT metody při rehabilitaci nemocných.

Při tvorbě preventivních a rehabilitačních programů občanské sdružení Anabell vychází z nejnovějších vědeckých poznatků, reaguje na současný vývoj PPP a přizpůsobuje nabídku potřebám respondentů. Organizace umí „mluvit jazykem respondentů.“ Prostředky používané při realizaci programů většinou odpovídají jak jejich potřebám, tak i jejich schopnostem. Poskytované programy jsou relevantní vzhledem k potřebám respondentů, rizikovým faktorům a rizikovému prostředí.

Slabší stránkou sdružení je fundraising. Například Brněnská pobočka doposud nemá smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Ceny za realizaci preventivních programů jsou poměrně vysoké – snaha škol ušetřit často vede ke snížení kvality programů. Další slabinou je propagace. Na severu Čech se nenachází žádná pobočka organizace. Ačkoli lektoři poskytují služby po celé České republice, je sdružení známé spíše v jižních a středních Čechách.

Vzhledem k dynamickému vývoji společností, zabývajících se problematikou PPP, je dost pravděpodobné rychlé odstranění jejich slabých stránek. Při rozhovoru se Filip Budák zmínil o plánovaném otevření nové pobočky na severu Čech. Brněnská pobočka plánuje uzavření smlouvy s pojišťovnami a zlepšení fundraisingové strategie.

Ostatní zmíněné organizace se zaměřují buď na prevenci (například nezisková organizace Stoppp o. s., nadační fond Albert) nebo na rehabilitaci (Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy SAPPP).

Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy SAPPP poskytuje preventivní programy, ovšem jejím hlavním zaměřením je rehabilitace nemocných s PPP. Léčení nemocných probíhá podobně jako u občanského sdružení Anabell. Ovšem v poskytování zdravotnických služeb nedochází k podobným komplikacím jako u tohoto občanského sdružení. Léčba probíhá přímo na psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

Nadační fond Albert úspěšně pracuje s problematikou plošného pokrytí. Preventivní projekty, které poskytuje, se mohou realizovat v každé prodejně Albert. Pedagogičtí pracovníci mají možnost organizovat projekt ve vlastní třídě. Otázkou je, zda pedagogický pracovník bude schopen realizovat efektivní preventivní projekt, aniž by prošel školením.

Další otázkou je kvalita preventivních programů, které poskytuje nadační fond Albert. Poněkud problematická vidím východiska, která byla použita při realizaci programu. Většinou se nevychází z vědeckých poznatků o PPP. Propagace zdravé stravy je poněkud zavádějící, neboť fond je podezříván z komerčních zájmů. Spornou otázkou je udělení grantu ze strany fondu na preventivní programy proti PPP. Efektivnost programů závisí na tom, do jaké míry jeho tvůrci budou informováni o této problematice a zda budou schopni realizovat adekvátní program odpovídající potřebám respondentů. Absenci odborníků v procesu tvorby programů vidím jako nedostatek. Výše uvedené preventivní programy poskytované nadačním fondem, považují za nedostatečně účinné pro potřeby respondentů.

Projekt Zrcadlo výživy hodnotím lépe. Má více tematických okruhů, je zaměřený na více věkových kategorií. Zrcadlo výživy dobře pracuje s motivací pedagogických pracovníků. Jako podstatnou vidím snahu o šíření interaktivních metod do školní výuky. Jak jsem se již zmiňovala v kapitole Zrcadlo výživy, organizátoři projektu plánují publikaci metodických materiálů a jejich šíření do základních škol a gymnázií. Metodické manuály existují ve třech verzích, jejich výhodou je možnost mezioborového

použití. Slabší stránkou je náplň programu, která by se podle mého názoru měla více propracovat. Program je zaměřený na stravování, pro komplexnost mu chybějí aktivity na kladné sebehodnocení, zpracování mediálních informací atd.

Nabídka neziskové organizace Stoppp o. s. je v podstatě podobná jako u občanského sdružení Anabell. Oceňuji snahu o šíření osvěty jak pro odbornou, tak pro laickou veřejnost, které se organizace věnuje ve větší míře. Výhodou je také použití motivační strategie, například udělení kreditu za účast na osvětových akcích a konferencích.

Pokud jde o plošné pokrytí organizací, poněkud problematické je na severu Čech, kde v podstatě chybí nabídka jak prevence, tak rehabilitace.

Co se týče preventivních programů, u všech chybí dlouhodobá zpětná vazba s respondenty a spolupráce s rodinou. Zpětná vazba je přitom jednou z nejpodstatnějších částí programů.

Ve výše uvedených programech jsou vazby mezi jednáním, chováním a postoji žáků těžce měřitelné. Na druhou stranu by se mělo u podobných programů zaměřit právě na chování a postoje, které je lepší ověřovat s časovým odstupem. S tím je spojena další komplikace - provedení dlouhodobé zpětné vazby. Pedagogičtí pracovníci jsou většinou o problematice PPP málo informovaní. Přitom právě pedagog může dlouhodobě kontrolovat chování respondentů a zjistit, zda vykazuje patologii.

Zde narážím na další důležitý bod – vzdělávání pedagogických pracovníků. Nezisková organizace Stoppp o. s. a občanské sdružení Anabell se aktivně podílí na vzdělávání pedagogických pracovníků a metodiků prevence. Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy SAPPP se spíše věnuje odborné veřejnosti. Projekt podpora profesionální prevence občanského sdružení Anabell nebyl zpoplatněn. Podle ohlasu respondentů dodnes používají metodické pomůcky a dovednosti získané v rámci programu. Většina hodnotí program kladně. Program realizoval odborný tým. Průběh programu byl dynamický. Jeho náplň odpovídala potřebám respondentů. Vzdělávací programy neziskové organizace Stoppp o. s. se organizují za peněžní útratu. Jejich kvalitu nemohu posoudit ze stejných hledisek, vzhledem k tomu, že jsem se jich nezúčastnila.

Při realizaci preventivních programů považují za dobrou volbu použití mediálních prostředků. Stejně jako internet jsou bližší cílové skupině. I když jen na tyto prostředky by se program neměl omezovat.

Slabinou preventivních programů je časová omezenost – žádný program neprobíhá dlouhodobě.

Práce s rodinou respondentů je zatím též slabou stránkou. Zatím žádný preventivní program nevyřešil otázku této spolupráce.

Při tvorbě preventivních programů proti PPP považují za důležitá následující východiska:

Šíření vzdělanosti pedagogických pracovníků v oblasti PPP, kteří by měli být schopni organizovat efektivní, systematický a dlouhodobý preventivní program. V souvislosti s tím je ze strany organizací zabývajících se problematikou PPP nezbytné, promyslet motivační techniky, propracovat zpětnou vazbu s respondenty a zlepšit propagační strategii nabídky preventivních a rehabilitačních programů a vzdělávacích programů pro odbornou i laickou veřejnost.

Výše uvedený případ Isabel Káro ukazuje paradox mezi zdravím a bojem proti PPP a touhou být úspěšnou a slavnou, nebo jen nějakým způsobem jak k sobě obrátit tolik odpíranou pozornost. Na tomto příkladu bych chtěla ukázat význam hodnot a postojů společnosti, která nás obklopuje. Možná jsme mnohdy příliš konformní, aniž bychom se toho všimli. Myslím, že při tvorbě rehabilitačních a preventivních programů, nebo při vyvíjení jakékoli činnosti zaměřené na boj proti PPP je důležité, s jakým cílem to chceme udělat a všechno, co nás motivovalo k tomuto rozhodnutí. Pokud je naše snaha jakýmkoli způsobem ovlivněná komercí, je otázkou, jaký bude její výsledek.

Když se ještě jednou vrátím k úvodu a k otázce vnímání a chování, chtěla bych se zmínit o teorii ustanovky popsané Gruzínským psychologem D. N. Uznadze (1887–1950). Uznadze popsal ustanovku (zaměřenost) jako „*Faktor, který determinuje aktivitu*“ (Psychoweb.cz 2009-2010).

Ustanovkou se rozumí

1. Předchozí zkušeností podmíněnou pohotovost člověka realizovat určitou činnost
2. Stav pohotovosti k určité formě reagování

Prostředí nevyvolává chování přímo, ale působí na subjekt a mění jej vyvoláním ustanovky – zaměřenosti na urč. chování; akty chování jsou bezprostředně podmíněny subjektem, jeho ustanovkou. Podle Uznadzeho chování na základě ustanovky vzniká na dvou rovinách:

1. Ustanovka vzniká na základě aktuální potřeby a reálné situace
2. Člověk vypracuje ustanovku na úrovni objektivizace, podmíněného myšlení a vůle

Tyto dvě úrovně se stále střídají, navzájem se podmiňují a navzájem na sobě závisí (Psychoweb.cz 2009-2010).

Vladimir Georgiovič Norakidze (1905) aplikoval teorii ustanovky na problematiku motivačních vlastností. Vladimir Georgiovič Norakidze popsal potřeby a fixované ustanovky jako základ motivace a veškerého chování na motivační bázi (Psychologické teorie osobnosti 2011).

Tuto problematiku jsem ve své bakalářské práci podrobně nerozepisovala, ale je pro mě zajímavou otázkou, zda teorii ustanovky lze uplatnit v prevenci nebo rehabilitaci patologických jevů. Co se týče PPP, i nadále mě zajímá otázka vnímání lidské postavy v historickém a estetickém kontextu. Těmto otázkám bych se chtěla věnovat ve své diplomové práci.

## 8 Seznam použitých zdrojů

BONO, Edvard. *Generátor kreativních nápadů*. Sankt-Petěrburg: Pitě, 2008. ISBN 978-5-91180-984-3.

ČINČERA, JAN. *Environmentální výchova: od cílů k prostředkům*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-73-15-147-8.

ČINČERA, Jan. *Práce s hrou pro profesionály*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1974-0.

DOSTOJEVSKIJ, Fedor. Michajlovič. *Idiot*. 3. vydání. Přeložila T. SILBERNÁGLOVÁ. Praha: Odeon. 2008. ISBN 978-80-207-1260-8.

ECO, Umberto. *Umění a krása ve středověké estetice*. Přeložil FRÝBORT. Praha: Argo, 2007. ISBN 978-80-7203-892-3. Str. 29.

FOŘT, Petr. *Sport a správná výživa*. Praha: Ikar, 2002. ISBN 80-249-0124-2.

GJURIČOVÁ, Š.; KUBIČKA, J. *Rodinná terapie: Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2390-7.

HAVLÍNOVÁ, M.; KOPŘIVA, P.; MAYER, I.; VILDOVÁ, Z. *Program podpory zdraví ve škole*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-059-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

KIRCHNER, Jiří. a spol. *Psychologie prožitku a dobrodružství pro pedagogiku a psychoterapii*. Praha: Computer Press, 2009. ISBN 978-80-251-2562-5.

KOEN, Lorens. Přeložili: L. A. BABUK. *Hry, které vychovávají*. Minsk: Popuri, 2009. ISBN 978-985-15-0534-6.

KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie a bulemie v dětství a dospívání*. Praha: Grada, 2000.

KOUTEK, J.; KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4., aktualizované vydání. Praha: Portál. 2002. ISBN 80-7178-657-8.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X. Str. 36.

MÁLKOVÁ, Iva.; KRCH, František David. *SOS nadváha: Průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-521-0.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-2425-6.

REDDEMAN, Luise. *Léčivá síla imaginace: Na vnitřní zdroje zaměřená terapeutická práce s následky traumat*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367530-1.

Readers Digest Výběr. *Jídlo jako jed, jídlo jako lék: Abecední průvodce zdravou výživou*. 1998. ISBN 80-902069-7-2.

ŠEVČÍKOVÁ, J. S.; POLANSKÁ, M. *Tři Pé aneb poruchy příjmu potravy od A do Z*. [CD]. Občanské sdružení Anabell, 2007.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profy*. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7367-414-4.

VVERBIC, T., NARDONE, D., MILANEZE, R. *V zajetí jídla*. Přeložila O. IGOŠINA. Moskva: Eskmo, 2010. ISBN 88-7928-464-9.

## 9 Internetové zdroje

Dmitrij N. Uznadze – teorie ustanovky. *Psychoweb.cz* [online]. 2009-2010 [cit. 22-11-2011]. Dostupné z: <http://www.psychoweb.cz/psychologie/dmitrij-n--uznadze---teorie>

Dmitrij N. Uznadze – teorie ustanovky. *Psychoweb.cz* [online]. 2009-2010 [cit. 22-11-2011]. Dostupné z: <http://www.psychoweb.cz/psychologie/dmitrij-n--uznadze--teorie-ustanovky/>

V. kapitola PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ (F00–F99). *10 revize MKN – 10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. 2008 [cit. 2011-21-11]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

Mr. Rex. Причины формирования пищевых расстройств. In: *Anorex..Ru*. [online]. 22. 04. 2010 [cit. 2011-11-15]. Dostupné z: <http://anorex.ru/prichiny-formirovaniya-pishhevyx-rasstrojstv/>

Roka. Изабель Каро - мировой символ борьбы с анорексией. In: *Anorex.Ru*. [online]. 13. 10. 2009. [cit. 22-11-2011]. Dostupné z: <http://anorex.ru/izabel-karo-mirovoj-simvol-borbys-anoreksiej/>

Potraviny dneška. Orthorexia nervosa - když zdravé stravování přestává být zdravé. In: *EUFIC* [online]. 03. 2004. [cit. 2011-11-15]. Dostupné z: <http://www.eufic.org/article/cs/health-lifestyle/eating-disorders/artid/orthorexia-nervosa-zdrave-stravovani-prestava/>

SWOT analýza. *Wikipedie* [online]. 22. 7. 2011 [cit. 2011-11-11]. Dostupné z <<http://cs.wikipedia.org/wiki/SWOT>>.

## **10 Ústní sdělení**

Členka občanského sdružení Anabell Mgr. Švédová Jarmila 11. 02. 2011.

Vedoucí klubu Anabell Brno Mgr. Lucie Mucalová. 11. 02. 2011.

Vedoucí kontaktního centra Anabell Praha Budák, Filip. 29. 09. 2011.

Poradkyně osobnostního růstu občanského sdružení Anabell Brno Mgr. Růžíčková

Programová manažerka Nadačního fondu Albert Režná Petra 05. 10. 2011.



## **11 Seznam příloh**

Příloha A – Popis programů Podpora profesionální prevence

Příloha B – Popis interaktivního semináře pro druhý stupeň základní školy

Příloha C – Doporučení pro program primární prevence poruch příjmu potravy občanského sdružení Anabell.

Příloha D – Metodické materiály občanského sdružení Anabell používané při realizaci seminářů na prvním stupni základních škol.

Příloha E – Propagační materiály občanského sdružení Anabell

Příloha F – Fotografie interaktivního semináře pro druhý stupeň základní školy

## **Příloha A – Popis programů Podpora profesionální prevence**

V roce 2010 a 2011 při podpoře Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu, se uskutečnil nezpлатněný projekt pod názvem Podpora profesionální prevence.

### **Popis projektu**

Organizační tým tvořili pracovníci občanského sdružení Anabell a odborníci v oblasti výživy. Veškeré informace byly poskytovány v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy. Projekt byl spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

### **Předmět projektu**

Poskytnutí specializovaného vzdělání spojeného s problematikou poruch příjmu potravy metodikům prevence a pedagogům.

**Cílová skupina:** metodici prevence a pedagogičtí pracovníci.

### **Souhrnné cíle**

Zvýšit kompetence metodiků prevence a pedagogů, aby pomocí získaných dovedností mohli realizovat vlastní vzdělávací programy na základních školách, středních školách a gymnáziích.

### **Výstupy**

1. Cílová skupina se orientuje v problematice poruch příjmu potravy.
2. Cílová skupina vytvoří vlastní metodický list.
3. Cílová skupina realizuje preventivní program pomocí vytvořeného metodického listu takovým způsobem, aby prezentoval problematiku PPP zážitkovou, interaktivní a srozumitelnou formou.
4. Cílová skupina je schopná rozpoznat rizikové faktory u nejčastěji zastoupené rizikové skupiny.

## **Průběh programu**

Komplexní vzdělávací blok tvoří čtyři semináře rozdělené do dvou bloků

1. Zásady zdravého stravování a Lektorské dovednosti
2. Poruchy příjmu potravy od A do Z I. a II

První blok byl věnován stravovacím návykům a interaktivním metodám, pomocí kterých lze zprostředkovat tuto informaci žákům nižších tříd základních škol.

Druhý blok byl informativní. Věnoval se hlavním aspektům poruch příjmu potravy.

## **Příloha B – Interaktivní seminář na základní škole Jungmanovy sady Mělník**

### **Popis**

**Cílová skupina:** druhý stupeň základních škol

**Časová dotace:** 2 hodiny

### **Cíle**

1. Seznámit žáky s problematikou PPP
2. Zajistit úroveň informovanosti účastníků o dané problematice

### **Očekávané výstupy**

1. Žáci získají základní informace o PPP prostřednictvím porovnání svých dosavadních znalostí o daném tématu.
2. Žáci si uvědomí význam médií v problematice PPP.
3. Žáci se naučí určovat kritéria, podle kterých lze rozeznat nemoc u lidí, kteří je obklopují.
4. Žáci neodsuzují nemocné lidi, ale snaží se jim pomoci.
5. Žáci vědí, kam se mají obrátit pro pomoc, získají kontakty na odborníky.

### **Pomůcky**

Šest kartiček, na kterých jsou napsaná tvrzení o PPP. Propagační letáčky občanského sdružení Anabell, CD se spoty a filmy týkající se PPP.

### **Průběh**

#### **1. Úvod (5 min.)**

##### **Cíl**

Uvítat žáky, krátce vysvětlit zaměření programu.

##### **Postup**

Před začátkem semináře je zapotřebí připravit spoty a filmy. Lavice se neposouvají. Po příchodu všech žáků lektori krátce vysvětlí témata semináře a představí se. Dohodnou se s dětmi na organizačních záležitostech (přestávka, svačina, odchod na

WC). Během semináře žáci mohou svačit a libovolně odcházet na WC. Přestávka se většinou nedělá. Základní informace o občanském sdružení Anabell se nechává až na konec semináře.

## **2. Brainstorming (30 min.)**

### **Cíle**

1. Žáci získají základní informace o PPP prostřednictvím porovnání svých dosavadních znalostí o daném tématu.
2. Lektori zjistí úroveň informovanosti dětí o dané problematice.

### **Postup**

#### **A. Zjištění informovanosti respondentu o dané problematice (5 min.)**

Lektori se ptají respondentů, zda už někdy slyšeli o PPP, jestli vědí které poruchy k nim patří a jaký je mezi nimi rozdíl.

#### **B. Rozdělení žáků do skupin, zadání úkolů (5 min.)**

Lektori rozdělí žáky do šesti skupin podle toho, jak sedí v lavicích a rozdají do každé lavice kartičku, na které je napsáno jedno tvrzení o PPP. Následně vyzvou respondenty, aby si ve skupinách řekli, zda s tvrzením souhlasí. Zároveň lektori upozorní, že daná aktivita není soutěž, a že jde jen o názor žáků.

#### **C. Prezentace odpovědí, diskuze (15 min.)**

Po tom, co skupina přečte tvrzení a řekne názor, lektori upřesní správnou odpověď doprovázenou výkladem vztahujícím se k danému tvrzení. Po každém tvrzení následuje krátká debata s žáky. Témata byla provázaná, tudíž ve spojitosti s určitou otázkou se dalo zmínit o dalším tématu, týkajícím se PPP. Tak například ve spojitosti s otázkou, jestli se přejídají jen obézní lidé, se lektori zmínili o kompenzačním chování nemocných. Otázka, zda PPP trpí jen modelky, nebo skokani na lyžích, evokovala téma o rizikových faktorech.

#### **D. Poděkování, informace o dalším průběhu semináře (5 min.)**

Lektori poděkují a informují žáky o následujícím programu, při kterém budou témata z brainstormingu rozebrána podrobněji.

### **Tvrzení na kartičkách**

- Když budu moc hubená, tak ztratím menstruaci a vypadají mi vlasy.
- Když budu držet dietu, budu štíhlá a krásná.
- Dlouho nejím, často zvracím, to je normální, ne?
- Ma a Mb se týkají jenom žen.
- Přejídají se jen obézní lidé
- Ma mohou onemocnět jen baletky a skokani na lyžích.

Brainstorming zároveň sloužil jako evokace témat, která se následně konkretizovala v průběhu programu.

### **3. Spot s grafickou úpravou modelky (20 min.)**

#### **Cíle**

1. Žáci posílí kladné přijetí vlastního těla a podpoří pozitivní vztah k sobě samému.
2. Žáci si uvědomí, nakolik média zkreslují herce a modelky, a že jejich ideální postava, nebo obličej je v podstatě podvod.
3. Žáci si uvědomí komerční zájem médií, která se snaží zaujmout.
4. Žáci se zamyslí nad tématem přirozené krásy.

#### **Průběh**

- A. Krátký spot občanského sdružení Anabell (5. min)

#### **Spot**

Obyčejná nenamalovaná dívka přijde do ateliéru, kde je nalíčena a vyfocena profesionálním fotografem. Její fotka se následně upraví pomocí fotoshopu a umístí na billboard.

Po spotu následují otázky ze strany lektorů a krátká debata se žáky (10 min.)

#### **Otázky**

1. Čtete nějaké časopisy?
2. Jak na vás působí modelky, které vidíte v médiích?

V rámci debaty se lektoři také zmínili o panence Barbie a o tom, jak nepřírozenou postavu by měla, kdyby se z ní stala skutečná žena.

#### **B. Spot podruhé (5 min.)**

Spot byl puštěn podruhé, aby si žáci všimli jednotlivých kroků a zlomového okamžiku, kdy se fotka upravila ve fotoshopu. Potom u dívky došlo k největší změně.

#### **C. Debata (10 min.)**

Beseda byla věnována problémům přijetí vlastního těla, podpoře pozitivního vztahu k sobě samému. Dále Lektoři podotkli, že média potřebují upoutat pozornost a snaží se spojit určitý produkt (například voňavku) s úspěšnou a krásnou osobou. Lektoři podotkli, že skupina respondentů je právě ohroženou skupinou.

### **4. Spot linka Anabell – Sedmikráska křehká (10 min.)**

#### **Cíle**

Žáci jsou motivováni pomáhat nemocným.

#### **Průběh**

A. Krátké emocionálně zbarvené spoty o nemocných MA a MB. Na konci každého spotu jsou zveřejněné kontakty na občanské sdružení Anabell (5 min.)

B. Debata o dietách (5 min.)

V této části lektoři upozornili na vyváženou stravu, bigarexií, ortorexií, drunkorexií.

### **5. Prezentace (20 min.)**

#### **Cíle**

1. Žáci prostřednictvím prezentace rozvinou a doplní témata z brainstormingu.
2. Žáci se naučí určovat kritéria, podle kterých lze rozeznat nemoc u lidí, jež je obklopují.

## **Průběh**

Lektoři vyzvou žáky ke sledování prezentace. Každé téma je doplněno debatou.

## **Témata prezentace**

1. Co je PPP
2. Koho se to týká
3. Příčiny – rizikové faktory: biologické, psychologické, kulturní a sociální
4. Vznik PPP – porušené tělesné schéma
5. Kritéria určující PPP: Anorexie, bulimie. (Jak lze poznat, že spolužák/spolužačka trpí PPP, jak lze poznat, že kamarád/ka trpí PPP, pro chlapce: jak může PPP poznat partner)
6. Jak pomoci člověku trpícímu PPP
7. Znalostní otázky

## **6. Dokument o dívkách, které prošly PPP (20 min.)**

### **Cíle**

1. Seznámit žáky s léčebnými postupy v Americké klinice
2. Hovořit o postojích nemocných k léčbě

### **Popis**

#### **A. Dokument (15 min)**

Dokument vypovídá o dívkách nemocných PPP, které jsou léčeny v Americe. Zachycuje jednotlivé příběhy dívek, které se ocitly v léčebně a jejich postoj k jednotlivým krokům léčby. Některé pasáže filmu nebyly přehrávané kvůli obsahu.

#### **B. Debata s žáky, ve které byly zmíněné rozdíly v léčbě PPP u nás a v Americe (5 min.)**



## **7. Závěr semináře (15 min.)**

### **Cíle**

1. Celkové zhodnocení programu ze strany žáků
2. Odpovědět na otázky žáků
3. Poskytnout žákům informace o občanském sdružení Anabell
4. Poskytnout žákům informace o odborné pomoci

### **Popis**

Lektoři poděkovali za pozornost a hovořili o nabídce občanského sdružení Anabell. Následně položili žákům několik znalostních otázek a rozdali propagační materiály týkající se PPP a kontaktu na odborníky. Na závěr byly žákům položené znalostní otázky.

## **Příloha C – Doporučení pro program primární prevence poruch příjmu potravy občanského sdružení Anabell**

1. Doplnit do programu pro druhý stupeň ZŠ dovednostní cíle a cíle zaměřené na eliminaci rizikových faktorů.
2. Doplnit do programu primární prevence PPP cíle zaměřené na respektování lidí kolem respondentů.
3. Zlepšit evaluační metody programu.
4. Zavést pretest, posttest. Využít volně položené otázky v dotazníku, nebo ve volném textu (The learner report).
5. Zaznamenávat odpovědi účastníků na znalostní otázky v průběhu semináře.
6. Doplnit program o dlouhodobou zpětnou vazbu.
7. Dbát na přítomnost pedagogického pracovníka na semináři.
8. Posílit spolupráci s pedagogickými pracovníky a pracovat na jejich vzdělávání a šíření osvěty o PPP.
9. Doplnit metodiku programu pro druhý stupeň ZŠ o aktivity umožňující uplatnit teoretické poznatky v praxi.
10. Zvýšit interaktivnost semináře pro druhý stupeň ZŠ.
11. Doplnit seminář pro druhý stupeň ZŠ o aktivity, které vyžadují práci ve skupině.

### **Příklad 1 - Brainstorming**

Vyzveme žáky, aby vstali a začneme jim pokládat otázky. Žáci vyjadřují svůj názor. Necháme je pomocí názorové škály vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas formou přemístění na levou, resp. pravou část učebny. Po každé otázce vždy jeden z žáků vysvětlí svůj postoj nebo zkušenost.

Brainstorming by se dal udělat na základě porovnání nemocné osoby a osoby, která netrpí PPP.

## **Příklad 2 - Brainstorming**

Žáci se rozdělí do dvou skupin. Jedna skupina je člověk trpící PPP, druhá je jedinec, který nemá PPP. Každá skupina odpovídá na otázky spojené s životním stylem. Na základě porovnání si mohou žáci uvědomit rozdíly životního stylu zdravého a nemocného člověka a komplikace, které působí PPP.

Otázky mohou evokovat témata, která by se následně objevila v programu. Témata se též mohou psát na flipchart, který se poté objeví v závěrečné reflexi.

Lektor po evokační fázi zaznamenává skladbu jídel žáků a po fázi uvědomění, kdy se, mimo jiné, může dozvědět, proč si dítě vybralo zrovna onu kombinaci jídel, dále zaznamená jejich postoje, názory, znalosti dané problematiky. Výsledky z různých škol by se daly následně porovnat. V souvislosti se zmapováním potřeb žáků, jejich postojů a hodnot, by se dalo provést vylepšení preventivních programů.

## Příloha D – Metodické materiály občanského sdružení Anabell



### METODICKÝ LIST PRO UČITELE POTRAVINOVÝ TALÍŘ

Pro 1. stupeň ZŠ, Estetická výchova  
Zpracovala: Bc. Věra Křížová

#### Výchovně – vzdělávací cíl

Žáci jsou pomocí Potravinového talíře seznamováni se Zásadami vyvážené stravy a s velikostí a složením porcí jednotlivých denních jídel. Naučí se rozpoznávat jednotlivé druhy potravin, řadit je a kombinovat během dne tak, aby dosáhli vyvážené zdravé stravy.

#### Organizační forma vyučování

Skupinové a individuální vyučování

#### Oborové zařazení

Estetická výchova

Mezioborové využití: Přírodověda, Výtvarná výchova, Cizí jazyk

#### Metody vyučování

Slovní metody (monologické – výklad učitele, dialogické – diskuse)

Názorné metody (práce s pomůckami – Potravinové pexeso, Potravinový talíř, Pyramida)

Metody vytváření praktických dovedností (sestavování porcí, kreslení a vybarvování pexesa)

#### Cíle

Získání znalostí o vyvážené stravě a skladbě porcí jednotlivých jídel

Rozvoj komunikačních dovedností

Mezioborové využití pomůcek

#### Obsah metodické pomůcky

Metodický list

Barevná předloha Potravinového pexesa

Černobílá předloha Potravinového pexesa

Potravinový talíř

Potravinová pyramida včetně zásad vyvážené stravy a velikosti porcí

#### Příprava metodické pomůcky - Potravinového talíře

Barevnou předlohu potravinového pexesa namnožit, možno zalaminovat, popřípadě potáhnout magnetickou fólií pro využití na magnetické tabuli.

Namnožit černobílé předlohy Potravinového pexesa.

Potravinový talíř namnožit, zalaminovat, popřípadě potáhnout magnetickou fólií a vyříznout.

Potravinovou pyramidu se Zásadami vyvážené stravy namnožit.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

*Ilustrace 1: Metodický list pro učitele (Anabell, 2011)*

### Estetická výchova

Žák se pomocí Potravinového talíře naučí rozpoznávat jednotlivé potraviny. Zda jsou rostlinného nebo živočišného původu, do které skupiny v Potravinové pyramidě patří a jak často, kdy a hlavně v jakém množství by je měl konzumovat, aby si sám zvládl připravit a nachystat vyvážené jídlo pro celý den.

#### **Začínáme**

- Rozdejte žákům černobílé Potravinové pexeso.
- Barevnou předlohu Potravinového pexesa můžete vystavit na viditelném místě nebo rozdat její kopie mezi žáky přímo do lavic, popřípadě do skupinek.
- Žáci si vybarví a rozstříhají Potravinové pexeso, tím jej připraví k následnému použití na Potravinovém talíři.
- Zalamínovaný Potravinový talíř rozdejte opět mezi jednotlivé žáky, do dvojic, popřípadě do skupinek.

#### **Sestavování porcí jídla**

- Nyní si žáci na tento Potravinový talíř poskládají pomocí pexesa svoji stravu za předchozí den, popřípadě za uplynulé dopoledne.
- Skládat mohou jídlo po jednotlivých porcích, které snědli během dne, anebo za celý předchozí den dohromady.
- Proberte s žáky jejich názor na správnost jimi zkonsumovaných porcí a potravin.
- Seznamte žáky s Potravinovou pyramidou a správným složením a velikostí porcí jídla dle Zásad vyvážené stravy.
- Nakonec si žáci poskládají na Potravinový talíř porce jídla dle Potravinové pyramidy.

### Mezioborové využití pomůcky

#### **Přírodověda**

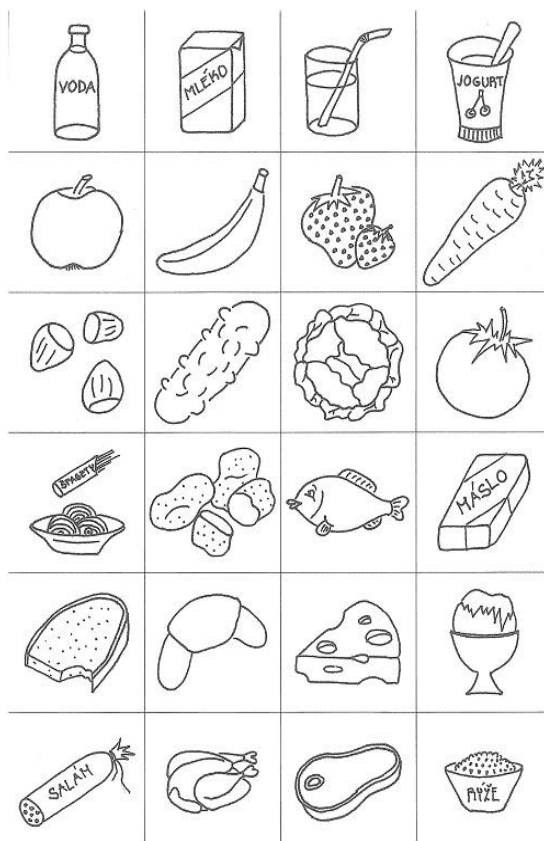
- Další možností jak pracovat s Potravinovým pexesem je naučit žáky rozeznávat potraviny dle jejich původu (zda jsou rostlinného nebo živočišného původu) a jejich zařazení do jednotlivých kolonek Potravinové pyramidy.

#### **Výtvarná výchova**

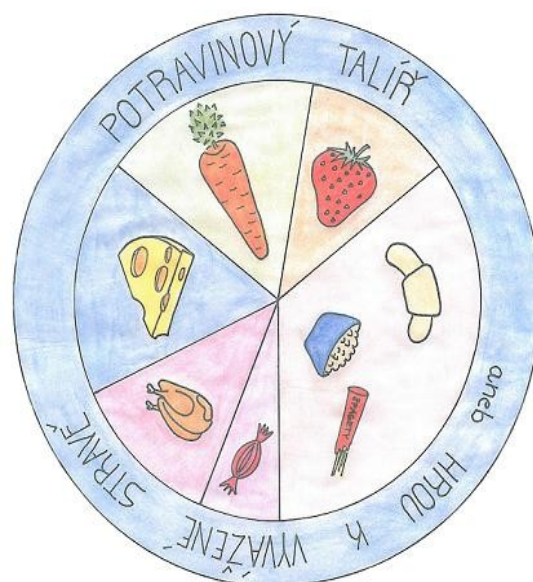
- Vybarvujte s žáky černobílou předlohu.
- Namalujte s žáky vlastní Potravinové pexeso a Potravinový talíř.

#### **Cizí jazyk**

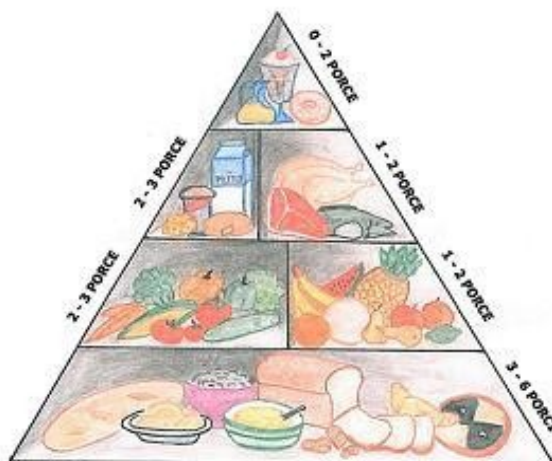
- Využijte Potravinové pexeso jako názornou pomůcku při výuce slovíček spojených s potravinami, jídlem a stolováním.



*Ilustrace 3: Metodická pomůcka:  
Potravinové pexeso (Anabell, 2010)*



*Ilustrace 4: Metodická pomůcka:  
Potravinový talíř (Anabell, 2010)*



LEGENDA K PYRAMIDĚ:

Potravina	1 porce
OBILNINY TĚSTOVINY RŽE, PEČIVO	1 krajíc chleba, 1 rohlík 1 kopeček vařených rýž nebo těstovin miska ovesných vloček nebo crustl
ZELENINA	1 větší rajče, 1 paprika půl talíře brambor miska zeleninového salátu
OVOCE	1 banán, 1 pomeranč miska jahod, rybízů, borůvek sklenice 100% džusu
MASO VEJCE LUŠTĚNINY	100g ryby, drůbeže, sojového masa 1 vejce miska fazolí nebo čočky
MLÉČNÉ VÝROBKY	1 kelímek jogurtu 1 sklenice mléka 50g tvrdého sýru
TUKY CUKRY	2 kávové lžičky cukru 1 sklenice sladké limonády 5g másla (namazaný krajíc chleba)

VZOROVÝ JÍDELNÍČEK:

**SNÍDANĚ:**  
1 -2 kousky celozrnného pečiva, máslo (rostlinný tuk), šunka, paprika, rajče  
2 porce pečiva, 1/2 porce masa, 1 porce zeleniny

**SVAČINA:**  
Miska müsli s jogurtem, banán / jablko  
1 porce mléka, 1 porce obilovin, 1 porce ovoce

**OBĚD:**  
Polévka (zeleninová, vývar,...)  
Kufecí plátek na stěvě s rýží  
Miska zeleninového salátu  
1 porce masa, 1 porce rýže, 1 porce zeleniny

**SVAČINA:**  
Toust s marmeládou, sklenice kakaa  
1 porce mléka, 1 porce cukru, 1/2 porce obilovin

**VEČEŘE:**  
Zapečené brambory s rajčaty, cibulí a sýrem  
1 porce zeleniny, 1/2 porce mléka

**CELKEM:**  
4 a půl porce obilovin, 3 porce zeleniny, 1 porce ovoce, 1 a půl porce masa, 2 a půl porce mléčných výrobků, 1 porce cukru

Ilustrace 5: Potravinový talíř se vzorovým jídelníčkem a definice jedné porce pro každý druh potravin (Metodická pomůcka Anabell)

Příloha E – Propagační materiály občanského sdružení Anabell

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY**  
„MANUÁL PRO RODIČE“



Autorka: PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková.  
Recenzentky: MUDr. Daria Valentová,  
PhDr. Blanka Balaštíková, PK FN Brno-Bohunice.  
Projekt Podpory zdraví č. 9278/2005.  
© Zdravotní ústav se sídlem v Brně.  
Dotisk Anabell 2007.  
Náklad: 4 000 ks.

*Ilustrace 6: Manuál pro rodiče jedinců  
trpících PPP (Anabell, 2007)*

***Jak si můžete sama  
(sám) pomoci?***



***Anabell, o. p. s.***

Bratislavská 2, 602 00 Brno  
Telefon recepce: +420 542 214 014,  
Linka Anabell: +420 848 200 210  
(pondělí až pátek od 8 do 16 hodin)  
[www.anabell.cz](http://www.anabell.cz), [posta@anabell.cz](mailto:posta@anabell.cz)

*Ilustrace 7: Manuál pro jedince trpící  
PPP (Anabell, 2007)*



## Dotazník spokojenosti se službami Kontaktního centra Anabell Praha

Budeme rádi, pokud nám anonymně zodpovíte několik otázek, týkajících se poskytnuté služby. Vaše zpětná vazba nám pomůže k dalšímu zkvalitnění služeb. Při svém hodnocení známkujte stejně jako ve škole (1 – nejlepší, 5 – nejhorší). Vaši odpověď zaškrtněte. Budeme rádi, když dodáte i slovní komentář.

**Název služby, kterou hodnotíte:** \_\_\_\_\_  
(Informační centrum, Poradna pro osoby s poruchou příjmu potravy a jejich blízké, Svěpomocná podpůrná skupina pro osoby s poruchou příjmu potravy, Nutriční poradna, Socio-terapeutický víkendový program, Arteterapie, atd.)

**Jak hodnotíte kvalitu poskytnuté služby?**

1 – nejlepší    2    3    4    5 – nejhorší

Slovní zhodnocení:

**Bylo splněno Vaše očekávání?**

ano, zcela    částečně    vůbec

Jestliže ne, proč?:

**Jak hodnotíte pracovníci/níka využití služby?**

1 – nejlepší    2    3    4    5 – nejhorší

Slovní zhodnocení (jeho/její odbornost, komunikační schopnosti, osobní přístup, apod.):

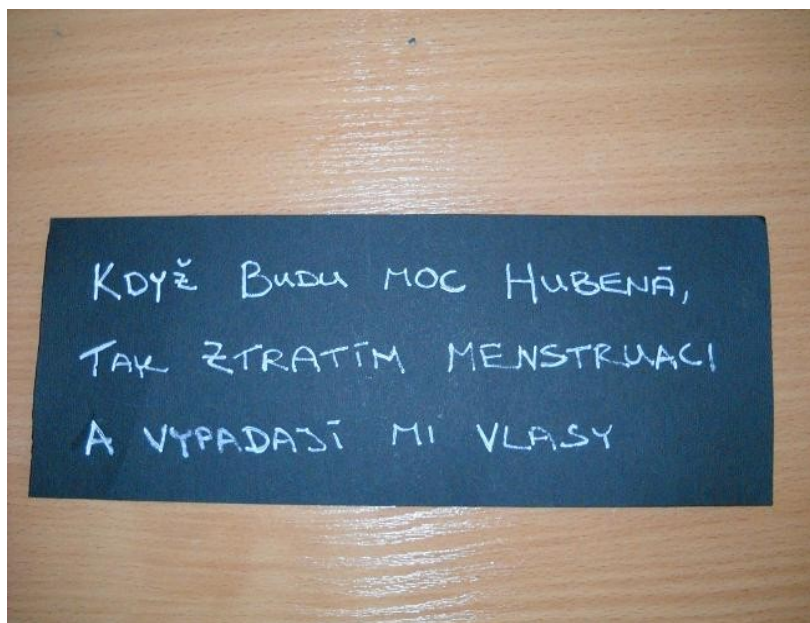
**Co byste chtěli změnit?**

Zde je prostor pro Vaše nápady a připomínky týkající se Kontaktního centra Anabell Praha a služeb které poskytuje:

**VYPLNĚNÝ DOTAZNÍK NÁM PROSÍM VHOĎTE DO POŠTOVNÍ SCHRÁNKY. DĚKUJEME!**

*Ilustrace 8: Dotazník spokojenosti se službami Kontaktního centra Anabell Praha (Anabell 2011)*

Příloha F – Fotografie interaktivního semináře pro druhý stupeň základní školy Jungmanovy sady Mělník



*Ilustrace 9: Kartačka použitá při brainstormingu (Mělník, 29. 09. 2011)*



*Ilustrace 10: Kartačka použitá při brainstormingu (Mělník, 29. 09. 2011)*



*Ilustrace 11: Žáci základní školy Jungmanovy sady Mělník při sledování dokumentu o PPP (Mělník, 29. 09. 2011)*